PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

REDAKTOR GŁÓWNY i ODPOWIEDZIALNY:

Prof. Dr. Leon BLUMENSTOK.

Rok XXIII. — 1884.

Kraków.
NAKŁADEM TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO,
w Drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla.
1884.

SPIS RZECZY

zawartych w Tomie XIII. „Przeglądu Lekarskiego“.

(Liczby oznaczają strony).

III. Kazuistyka.

IV. Odcinek.

V. Piśmiennictwo lekarskie.

VI. Sprawozdania z posiedzeń Towarzystw lekarskich.

VII. Sprawozdania.

VIII. Wiadomości pomniejsze.

IX. Nekrologija.

X.

Spis Autorów prac oryginalnych i rozbiorów krytycznych.

Spis Autorów, z których prac podano oceny i sprawozdania.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 5 stycznia 1884. № 1. Rok XXIII.

I. Przyczynek do nauki o leczeniu ran.

Podał prof. J. Mikulicz w Krakowie.

Kto dziś pisze o leczeniu ran, musi chcąc być czytanym prosić prawie o przebaczenie czytelnika, że zajmuje jego uwagę tak zużytym tematem. Literatura ostatnich trzech lat jest rzeczywiście tak bogatą w większe i mniejsze rozprawki i całe nawet dzieła o leczeniu ran, tak przepełnioną najrozmaitszemi poleceniami nowych środków do opatrywania ran, że nie można się nawet dziwić, jeżeli nie tylko lekarze praktyczni, ale i chirurdzy z zawodu i klinicyści w tym kierunku czują pewnego rodzaju znużenie, i chętnie przechodząc nad wszelkiemi nowatorstwami do porządku dziennego, trzymają się sposobu utartego.

Czy mamy ten ogrom nowych środków i modyfikacyj uważać jako znak dobry lub zły? Z jednéj strony jest to bardzo pomyślny objaw, że poznajemy coraz więcéj dróg prowadzących do tego samego celu; wszystkie te bowiem usiłowania dziś nie mogą mieć innéj dążności, jak zapewnić przebieg aseptyczny rany a więc osiągnąć to, cośmy zdziałali już i dawnemi środkami. Jestto dowodem, że uwolniono się coraz bardziéj od pierwotnego, że tak powiem, dogmatycznego pojmowania metody Listera i że w miejsce ścisłego naśladowania postawiono zrozumienie zasad leczenia ran przeciwgnilnego. Gdy przed dwoma laty napisałem, że z całego postępowania Listerowskiego tylko myśl przewodnia się utrzymała, wzięto mi z bardzo poważnéj strony za złe to wyrażenie. Sądzę, że dziś nikt przeciw temu zdaniu nie podniesie zarzutu, gdy się czyta, że wielu znakomitych chirurgów osięga te same wyniki co Lister, choć nie używa ani jednego składnika z opatrunku Listerowskiego nie wyjmując i kwasu karbolowego. A jeżeli się czyta uważnie najnowsze prace Kochera, to trzeba przyznać, że nawet poczęto wstrząsać zasadami postępowania Listerowskiego.

Jak z jednéj strony jednak usiłowania, koło wzbogacenia liczby środków opatrunkowych jest znakiem pomyślnym, tak z drugiéj strony prawie gorączkowe wyszukiwanie coraz to nowszych środków nie może zadowolić, gdyż w obec znacznego szeregu poleceń, goniących niejako jedno za drugiém, nie ma czasu na dosadną krytykę poszczególnych sposobów postępowania. Zamiast badać dokładniéj znane już środki i oznaczyć ich strony dodatne i ujemne, zastępuje się je nieznanemi dotąd środkami, do wypróbowania których potrzeba nowych doświadczeń i niestety nowych prób na człowieku.

Wiem wprawdzie, że niektórzy wprost mnie a raczéj szkole, do któréj mam zaszczyt należeć, uczynią ten sam zarzut co do zalecenia jodoformu. Późniejsze doświadczenia innych wykazały rzeczywiście, że nadmierne używanie jodoformu pociąga za sobą niebezpieczniejsze skutki, aniżeliśmy mogli przypuścić na podstawie naszych doświadczeń. Ale tu całkiem inne powody skłoniły nas do polecenia tego środka, zanim jeszcze doświadczenia nasze nad nim były ukończone, pomijając już tę okoliczność, że i późniéj nie mogliśmy obszerniéj donieść o zatruciu jodoformowém, gdyż wcale nie spotkały nas podobne smutne doświadczenia. Jodoform okazywał zaraz przy pierwszych próbach bardzo wybitne zalety i w niektórych kierunkach, że wspomnę tu tylko o jamach wyścielonych błonami śluzowemi i o gąbczastém zapaleniu kości i stawów, działał tak pewnie i prosto, jak żaden z środków dotychczasowych. Z tego powodu nie chcieliśmy i nie mogliśmy się dłużéj ociągać z ogłoszeniem naszych spostrzeżeń, wyraźnie jednak dodaliśmy, że doświadczenia jeszcze były nie ukończone i że jeszcze należy dokładniéj zbadać zalety i wady tego środka [1]). Dziś możemy stanowczo twierdzić, że dzięki licznym spostrzeżeniom innych chirurgów, a zwłaszcza dzięki obserwacyjom Königa własności jodoformu przynajmniéj o tyle są znane, o ile to jest potrzebném dla praktyki lekarskiéj a tém samém wartość jodoformu dla nas jest zapewnioną. Co do wielu jednak in-

[1]) Wrócę późniéj jeszcze raz do czynionego nam zarzutu żeśmy przedwcześnie zalecali jodoform.

nych nowszych środków posiadamy po części tak mało spostrzeżeń innych chirurgów, że prawie każdy, ktoby chciał używać jednego lub drugiego środka, musiałby robić na nowo własne doświadczenia i przyswoić sobie całkiem nowy a po części od dotychczasowego odmienny sposób opatrywania ran.

Najczęściéj autor podaje statystykę, obejmującą przypadki operowane w krótkim stosunkowo przeciągu czasu, i uzasadnia w ten sposób zalety nowego środka. Jakie jednak dziś ma znaczenie statystyka, jeżeli nie obejmuje kilku tysięcy przypadków, gdzieby mogły wystąpić wybitne rożnice w pomyślnym lub niepomyślnym kierunku? Z góry już wymagamy po każdém leczeniu przeciwgnilném ran, aby one goiły się aseptycznie, a jeżeli stosunki mechaniczne na to zezwalają, przez bezpośrednie zlepienie. Ponieważ jednak nowy sposób opatrywania nic więcéj zdziałać nie potrafi, to nie prędko zdecyduje się kto odstąpić od dawnego sposobu postępowania, aby się uczyć dopiero nowego. Może tu co najwięcéj chodzić o uproszczenie postępowania antyseptycznego. Ale i w tym kierunku już tak daleko doszliśmy, że wszelkie nowe pomysły stanowią co najwięcéj tylko odmiany równéj wartości a nie rzeczywisty postęp. Zależy to więc najczęściéj od osobistego upodobania, który środek chirurg obiera. Szczególnéj wartości nabierają niektóre modyfikacyje tylko ze względu na pewne okoliczności, zwłaszcza w praktyce wojennéj i w tym kierunku nawet małoznaczące projekty mogą zasługiwać na największą uwagę.

W trudném szczególnie położeniu znajduje się w obec licznych nowych środków profesor kliniczny. Obowiązkiem jego jest w przeciągu 4 półroczy wpoić w ucznia tyle wiedzy chirurgicznéj, żeby potrafił w przyszłym swym zawodzie działać samoistnie. Trzeba należycie wyzyskać czas tych 4ch półroczy, żeby uczniowie mogli sobie przyswoić gruntownie jeden sposób leczenia ran. Jeżeli się w klinice robi doświadczenia z rozmaitemi metodami, to nietylko czas ten jest dla ucznia stracony, ale nawet cierpi na tém jego wykształcenie. Może się nawet wydarzyć, że przez cały rok przyswoi sobie niestosowną albo nawet całkiem fałszywą metodę, którą potém tylko z trudnością przy własnéj pracy może zastąpić metodę odpowiedniejszą. Z tego powodu nie mogę się zdecydować na to, aby w klinice przedsiębrać zmiany podczas kursu; jedynym stosownym do tego czasem według mego zdania są wakacyje.

W rozprawce niniejszéj nie zamierzam wcale omawiać lub zalecać zupełnie nowe środki i całkiem dotychczas nieznane. Zajmiemy się znanemi materyjałami, a co najwięcéj spotkamy się z nową kombinacyją. Jeżeli dziś mimo zmniejszonego zajęcia, jakie ten przedmiot między lekarzami budzi, do tematu tego wracam, to skłoniła mnie do tego przede wszystkiem ta okoliczność, że przeciw niektórym z moich dawniejszych prac w leczeniu ran późniejsi autorowie podnieśli już to wprost już to pośrednio zarzuty, na które jeszcze nie miałem czasu odpowiedzieć. Ponieważ tu po części rozchodzi się także o kwestyje nie załatwione jeszcze stanowczo na drodze badania przedmiotowego, przeto sądzę, że mam prawo ponownie głos zabrać. Że się dopiero dziś na to zdecydowałem, pochodzi po części i z téj przyczyny, że dopiero od $1\frac{1}{4}$ roku rozporządzam własnym materyjałem klinicznym w celach obserwacyi, a więc mogę mówić na podstawie własnych spostrzeżeń.

Ponieważ rodzaj mojego materyjału a zwłaszcza urządzenie mojéj kliniki dla osądzenia kwestyj, które późniéj poruszę, nie jest obojętny, przeto zaraz na wstępie podam tu kilka uwag w tym względzie.

Na XI Zjeździe chirurgów w Berlinie starał się Ranke skreślić dosadny obraz nie bardzo higijenicznych stosunków panujących w jego klinice w Gronindze w Holandyi, a każdy z słuchaczy zapewne nabrał przekonania, że klinika Rankego jest najgorszym zakładem, jaki profesor chirurgii może posiadać. Gdy w październiku 1882 r. objąłem klinikę krakowską, żywo mi się przypomniały słowa Rankego. Kiedy jednak zacząłem czytać na nowo jego wykład, przekonałem się, że u nas jeszcze o wiele gorzéj.

Klinika chirurgiczna krakowska, jak niejednemu z czytelników zapewne wiadomo, jest umieszczona na parterze budynku dawniéj prywatnego, w okolicy wybitnie malarycznéj; na pierwszém piętrze znajduje się klinika wewnętrzna a w piwnicy kuchnia. O kilka kroków opodal znajduje się sala dla sekcyj sądowych i policyjnych. Ciasne i ciemne sale kliniki chirurgicznéj tak samo wyglądają jak przed 35 laty, kiedy rząd ją odebrał od rzeczypospolitéj krakowskiéj. Budowę nowéj kliniki, któréj potrzebę już przed 25 laty uznano, rząd dopiero przed rokiem wziął na seryjo pod rozwagę i dzięki energicznemu działaniu władz akademickich i rządowych, jakoteż przyczynieniu się Wydziału krajowego budowa ta zapewne w najbliższym czasie dojdzie do skutku.

Nie chcę tu obszernie rozwodzić się nad nie bardzo ponętnemi stosunkami méj kliniki; następujących kilka uwag wystarczy. W 5ciu małych salach dla chorych, które jeszcze w r. 1870 po części należały do zakładu anatomicznego, jest umieszczonych 21 łóżek, zazwyczaj jednak wśród roku szkolnego mieści się w nich do 30 chorych, z których część leży po dwóch w jedném łóżku a część na ziemi. O wodociągach, oświetleniu gazowém i wentylacyi ani śladu. Wychodki umieszczone pomiędzy salą mężczyzn i kobiet, urządzone w sposób jak najprostszy (zwykłe doły), zdradzają już w pokojach obok położonych swe sąsiedztwo. Separatki dla chorych zaraźliwych i innych ubikacyj brak. Ambulatoryjum (koło 2000 rocznie) najliczniejsze na wiosnę i w lecie trzeba po części odprawiać w sali chorych, po części podczas wykładu w saméj sali operacyjnéj. Chorzy czekają po części w sieni, po części w sali chorych i operacyjnéj. Nie potrzebuję tu dodać, że główny kontyngens ambulantów stanowią wieśniacy i żydzi, u których, zwłaszcza u ostatnich, czystość jest zbytkiem zupełnie nie znanym. W sali wykładowéj i operacyjnéj, która zaledwie ma miejsce na 60 słuchaczy, musiało się w ubiegłém półroczu gnieść 120 słuchaczy. Łatwo tedy pojąć, że w miesiącach letnich jest to dla mnie plagą wykładać i operować w téj dusznéj atmosferze. Urządzenie sali chorych zastałem jak najprymitywniejsze. W ubiegłym roku szkolnym zdarzyło mi się nieraz, że przez cały dzień nie miałem do użytku ani jednego czystego ręcznika lub kompresy. Musiałem się wyręczać prześcieradłami. Umywalnie, które znalazłem, były tylko obliczone na homeopatyczne dawki wody i mydła. Mimo najostrzejszego dozoru nie udało mi się dotychczas utrzymać sal chorych, bielizny i pościeli choćby tylko w znośnym stanie. Przyczyna tego leży w posłudze, która składa się z 2ch posługaczek i jednego posługacza i jest zupełnie nie odpowiednia, a nawiasem mówiąc, nie umie ani czytać ani pisać. W obec skąpego bardzo wynagrodzenia trudno w stosunkach krakowskich znaleźć posługaczy odpowiednich. Gdy przybyłem do Krakowa, posiadała klinika tylko jednego asystenta; musiałem się

przeto z początku po znacznéj części zadowolić asystą mało wprawnych studentów. Od początku tego półrocza mam oprócz drugiego asystenta 2ch podasystentów. Niemniéj jednak i dziś przeznaczam uczniów po kolei do asysty, narkozy, do podawania narzędzi, a asystenci nadzorują ich działalność. To z pewnością nie ułatwia operacyi i wymaga tém większéj baczności z naszéj strony; uważam jednak tę część praktycznego wykształcenia ucznia za tak ważną, że chętnie się godzę na powiększenie zajęcia ztąd wynikające.

Łatwo pojąć, że mój poprzednik ś. p. prof. Bryk wśród tych stosunków przykre zajmował stanowisko. Nie posiadam wprawdzie dokładnych dat co do dawniejszych wyników gojenia się ran w klinice krakowskiéj, ale opowiadano mi, że choroby przyranne stale się w klinice gościły. Phlegmone przyranna i pyemia nie były rzadkiemi, a róża była tak częstą, że w niektórych półroczach do wyjątków należało, żeby ani jednego przypadku róży w klinice nie było. W r. 1879 była taka masa przypadków róży, że prof. Bryk już chciał zamknąć klinikę. *Prima intentio* bez wszelkich zaburzeń miała stosunkowo nie często się wydarzać. Nawet prof. Obaliński, który kierował kliniką przez rok i zresztą osiągnął znakomite wyniki, miał w tym jednym roku 6 przypadków róży a jeden ropnicy. (*Medycyna*, 1882, Nr. 44—50).

Każdy pojmie, że mi się trochę przykro zrobiło, gdym miał rozpocząć moją działalność jako chirurg na tém miejscu tak osławioném. Byłem bowiem przyzwyczajony do wzorowego porządku panującego w klinice, któréj dyrektor postawił zasadę „czystość aż do zbytku", i w któréj wszyscy od asystenta aż do ostatniéj posługaczki téj zasady się trzymali. Wychowałem się przecież w wielkim szpitalu, którego kierownik wszystkie potrzeby i życzenia dotyczące dobra chorych z największą chęcią uwzględniał. Słusznie musiałem się zapytać, czy środki, których zastósowania nauczyłem się w klinice Billrotha, i tu wystarczą? ze stanowiska teoretycznego nie wątpiłem o tém. Ale każda teoryja jest szarą. Praktyczne wyniki miały dopiero stanowić kamień probierczy dla dawniéj powziętych zapatrywań na leczenie ran i na wartość poszczególnych środków. (C. d. n.)

II. O wpływie dymu tytoniowego na ustrój ludzki i zwierzęcy.

Rzecz czytana na III Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w r. 1881.

Przez Dra Tadeusza Żulińskiego we Lwowie.

I. Wielkie rozpowszechnienie tytoniu i cel niniejszéj pracy.

Zanim zastanowimy się bliżéj nad głównym w tytule oznaczonym celem niniejszéj pracy, uważamy za konieczne zwrócić uwagę na wielkie rozpowszechnienie tytoniu i na ciągły wzrost téj jego ilości, jakiéj ludzie nie tylko w Europie ale w całym niemal świecie zużywają. Ten nader szybki wzrost godzien jest pilnéj uwagi. Z ostatnich wykazów statystyki konsumcyi tytuniowéj przytoczymy tu cyfry, ile gramów tytoniu przypada na jednego mieszkańca jakiegoś kraju, tj. ile który kraj stósownie do liczby mieszkańców zużywa rocznie tytoniu [1]).

I tak na jednego mieszkańca przypada:

W	New-South-Wales (Australija)	5.500	grm.
„	Hamburgu i Bremie	3.300	„
„	Stanach Zjednoczonych	2.800	„
„	Holandyi	2.150	„
„	Belgii	1.850	„
„	Państwie Niemieckiém	1.650	„
„	Szwajcaryi	1.500	„
„	Austryi	1.450	„
a to w	Austryi Dolnéj	2.925	„
„	Salcburgu	2.050	„
„	Austryi Górnéj	1.790	„
„	Wybrzeżu	1.730	„
„	Karyntyi	1.620	„
„	Styryi	1.610	„
„	Czechach	1.550	„
„	Tyrolu	1.480	„
„	Szląsku	1.420	„
„	Morawii	1.320	„
„	Krainie	1.170	„
„	Bukowinie	860	„
„	Dalmacyi	690	„
„	Galicyi	680	„
„	Węgrzech	1.280	„
„	Danii	1.100	„
„	Norwegii	1.025	„
„	Francyi	865	„
a to w	północnéj części	1330	„
„	wschodniéj „	1.800	„
„	zachodniéj „	770	„
„	południowéj „	680	„
„	środkowéj „	610	„
„	Paryżu	2.050	„
„	Hiszpanii	770	„
„	Włoszech	725	„
a to w	Wenecyi	930	„
„	Piemoncie i Lombardyi	840	„
„	Rzymie	810	„
„	Liguryi	750	„
„	Toskanii	650	„
„	Emilii	630	„
„	Marchii	550	„
„	Sardynii	520	„
„	Neapolu	490	„
„	Sycylii	336	„
„	Wielkiéj Brytanii	650	„
„	Portugalii	630	„
„	Szwecyi	550	„
„	Państwie rosyjskiém	370	„
	(w niektórych gubernijach tylko	100	grm.)

Widzimy tu wielkie różnice, w New-South-Wales np. mieszkańcy spotrzebowują średnio 55 razy rocznie więcéj tytoniu niż w niektórych gubernijach rosyjskich; a w Holandyi prawie 6 razy więcéj niż w Rosyi.

Wedle podziału tytoniu na tabakę do zażywania, na tytoń do fajek, na cygara i papierosy wypada:

W Austryi na jednego mieszkańca 97 grm. tabaki, pozostaje zaś 1.353 grm. na tytoń do palenia, a z téj ilości przypada na:

Cygara (1.064 milijon. sztuk, wagi 4,800.000 kilogr.) 220 grm.
Papierosy (200 „ „ „ 300.000 „) 14 „
pozostaje więc na tytoń do fajek 1119 grm. na 1 mieszk.

We Francyi. Tabaka, 190 grm. na 1 mieszkańca pozo-

[1]) Liczby te statystyczne zawdzięczamy uprzejmości znakomitego naszego statystyka i posła p. Ottona Hausnera.

staje więc na tytoń do palenia 675 grm., z téj ilości wynoszą cygara (921 milij. sztuk = 3,[illegible]00.000 kilgr.) = 99 grm., papierosy (800 milij. sztuk = 800.000 kilgr.) = 28 grm.; więc pozostaje na tytoń do fajek 554 grm.

We Włoszech. Tabaka 134 grm. na 1 mieszkańca, pozostaje więc na tytoń do palenia 591 grm., z tego przypada na cygara (1880 milij. sztuk = 7,600.000 kilgr.) = 288 grm., na papierosy (100 milij. sztuk = 100.000 kilgr.) = 4 grm.; pozostaje więc na tytoń do fajek 304 grm.

W Rosyi. Tabaka 40 grm. na 1 mieszkańca, z tego na cygara (250 milij. sztuk = 1,550.000 kilgr.) = 19 grm., na papierosy (2.200 milij. sztuk = 20,50.000 kilgr.) = 33 grm.; pozostaje więc na tytoń do fajek 278 grm.

Zestawiwszy więc te cztery państwa będziemy mieli:

	Tabaka	Cygara	Papierosy.	Tyt. do fajek.	Razem.
Austryja	97grm.	220 grm.	14 grm.	1.119 grm.	1.450 grm.
Francyja	190 „	99 „	22 „	554 „	865 „
Włochy	134 „	283 „	22 „	304 „	370 „
Rosyja	40 „	18 „	33 „	278 „	370 „

Liczby powyższe oznaczają nam średnią ilość rocznie spotrzebowanego tytoniu w różnych państwach przez jednego mieszkańca. Widzimy więc, że liczby te są stosunkowo bardzo znaczne, a mimo to z każdym rokiem wciąż jeszcze powiększają się, tak przynajmniéj uczy nas statystyka.

I tak wedle wykazów ministerstwa finansów we Francyi ilość spotrzebowanego tytoniu od r. 1815 do roku 1875 wzrosła z 9,753.000 do 30,751.000 kilogramów; a dochód z tego tytułu z 53,872.000 fr. do 313,546.000 fr. Tak iż według podania p. Hausnera w r. 1863 przypadało tam 638 grm. na głowę, a w r. 1879 już 870, to znaczy, że w przeciągu lat 16 konsumcyja tytoniu wzrosła we Francyi o 34%.

We Włoszech r. 1862 przypadało 570 grm. na głowę.
r. 1879 „ 720 „ „

Więc w przeciągu 15 lat konsumcyja wzrosła o 26% [1]).

W Rosyi w r. 1863 przypadało 210 grm. na głowę.
w r. 1879 „ 370 „ „

Wzrost więc w przeciągu 16 lat o 76%.

W Austryi w r. 1800 przypadało 170 grm. na głowę.
w r. 1840 „ 330 „ „
w r. 1855 „ 670 „ „
w r. 1867 „ 980 „ „
w r. 1879 „ 1.436 „ „

Konsumcyja jest więc obecnie 8½ większą niż przed 79 laty (w r. 1800).

Wzrost w latach 1800—1840 rocznie o 3%
1840—1855 „ o 6.8%
1855—1867 „ o 3.8%
1867—1879 „ o 3.8%.

Cygar zużyto w Austryi w r. 1842— 30 milij. sztuk.
w r. 1850—187 „ „
w r. 1860—440 „ „
w r. 1880—970 „ „

To znaczy, że obecnie wypalają ludzie 32 razy więcéj cygar niż przed 38 laty.

Cygar gatunku Wirginii (zawierającego największą ilość nikotynu) zużyto w r. 1857 36 milijonów sztuk,
a w r. 1879 już 182 „ „ to jest 5 razy więcéj niż przed 22 laty.

W obec tak wielkiego zużycia tytoniu i rozchodu jego, z każdym niemal rokiem silnie i stale się wzmagającego, warto zaiste zastanowić się ze stanowiska higijenicznego nad wpływem jego na zdrowie ludzkie. Środek ten bowiem nie będąc ani potrzebą, ani koniecznością prawidłowego rozwoju ani życia człowieka, siłą nalogu tylko i dobrowolnego przyzwyczajania stał się i staje ciągle coraz to powszechniejszą, sztuczną potrzebą dzisiejszych społeczeństw.

Sprawa ta nieskończenie jest ważna, nie tylko ze względów higijeny saméj, ale i innych także. Względy higijeniczne jednak, zdrowie społeczeństw mające na uwadze, są tu zdaniem naszém najważniejsze, i głównie decydujące.

Poznać się z niemi bliżéj, o ile dzisiejsze środki nauki na to pozwalały, było głównym celem niniejszéj pracy.

II. O sposobach, któremi wpływa tytoń na zdrowie ludzkie.

Tytoń na zdrowie ludzkie wpływać może w rozmaity sposób, a mianowicie: 1) przez wyziewy, jakie się tworzą podczas fabrykacyi jego; 2) przez żucie w ustach; 3) przez zażywanie; 4) przez palenie i 5) przez oddechanie dymem palącego się tytoniu.

O stósowaniu jego lekarskiém, wewnętrznem i zewnętrznem, nie wspominamy tu wcale.

Ażeby dobrze i dokładnie pojąć różnice w objawach i w skutkach tych różnych sposobów działania tytoniu na ustrój ludzki, potrzeba poznać przedewszystkiém skład i własności liści tytoniowych surowych, sposoby fabrykacyi tytoniu, i zmiany jakie w czasie téjże co do jego składu chemicznego zachodzą, daléj skład dodatków, jakie dodawane bywają w celu poprawy lub fałszowania, jakotéż własności i skład chemiczny tych różnych dymów, które powstają stósownie do rozmaitego sposobu palenia tytoniu. Różnice bowiem, jakie tu zachodzą między surowemi liściami tytoniowemi, a temi, które poprzednio poddano maceracyi w fabryce; — wyziewy powstające przy fermentacyi, a dym palącego się tytoniu; — zażywanie tabaki a palenie fajki lub cygar nie są obojętnemi pod względem fizyjologicznym i patologicznym dla człowieka; może tu być nawet i zachodzić pewne podobieństwo, ale nie tożsamość jeszcze, gdyż przez fermentacyję, fabrykacyję i palenie, zachodzą tu zawsze wielkie zmiany w liściach, w wyziewach i w dymie tytuniowym, nie mówiąc już o sposobach fabrykacyi, różnych rodzajach dodatków i o tych różnych zafałszowaniach, zwykle pokrywanych tajemnicą, a tak wpływać mogących i wpływających na objawy, działanie i skutek w ustroju zwierzęcym i ludzkim.

Skład chemiczny liści tytoniowych wedle badań francuskich chemików Pelouza i Fremy'ego jest następujący:

Zasady mineralne. Potaż, soda, wapno, magnezyja, żelazo i amonijak.

Kwasy mineralne. Siarkowy, solny, azotowy, fosforowy i krzemowy.

Zasady organiczne. Nikotyn.

Kwasy organiczne. Cytrynowy, jabłkowy, octowy, szczawiowy, pektynowy, uliminowy.

Inne ciała. Nikocyjanin, żywica żółta i zielona, wosk, drzewnik, i ciała azotowe nieoznaczone.

Skład ten chemiczny liści tytoniowych surowych, mianowicie ilościowy, nie zawsze i wszędzie bywa jednakowy, ale różni się bardzo, stósownie do klimatu, gruntu, uprawy, a nadewszystko gatunku liści samych.

I tak co do najważniejszéj części składowéj liści tytoniowych, a mianowicie nikotynu, to ilość jego bywa ró-

[1]) W tym kraju wzrost najmniejszy, bo ceny ogromnie podwyższono.

żną. Badania np. Schloesinga wykazały, że na 100 części liści było nikotynu.

W tytoniu	Virginija	6,87
„ „	Kentucky	6,09
„ „	Maryland	2,29
„ „	Bresil	2,00
„ „	Havan	2,00
„ „	Paraguay	2,00
„ „	Półn. Garonne	6,58
„ „	Lot	7,96
„ „	Lot i Garonne	7,34
„ „	Ille i Vilaim	6,20
„ „	Pas de Calais	4,94
„ „	Alzacyja	3,21.

Widzimy więc, że różnica w ilości nikotynu w liściach tytoniowych, bywa bardzo znaczną, bo utrzymuje się między 2,00 a 7,96 na 100, bardzo więc naturalnie i skutek tych różnych rodzajów tytoniu na zdrowie palących musi być bardzo różny.

Poznanie składu chemicznego liści tytoniowych, nawet i najdokładniejsze, mało nas jeszcze poucza, albowiem w czasie właściwéj fabrykacyi ulegają one zmianie, i to niekiedy znacznéj.

Nie wdając się w szczegółowe opisy fabrykacyi tytoniu, nie przytaczając sposobów tu używanych, zwrócimy tylko uwagę na dwa główne jéj momenta, a mianowicie: 1) na składanie liści tytoniowych w stosy i suszenie ich, i na 2) napawanie ich tak zwanemi s o s a m i czyli b e j c a m i.

W pierwszym razie liście tytoniowe ułożone w stosy, pozostając na świeżém powietrzu, ulegają po pewnym czasie naturalnéj fermentacyi, skutkiem któréj wywiązuje się znaczna ilość ciepła, co nazywają zwykle zagrzewaniem się, albo poceniem się liści. Ciepłota ta dochodzi tu niekiedy aż do 35° R.

Podczas fermentacyi téj zachodzą zwykle ważne zmiany w składzie chemicznym liści; a mianowicie, ciała białkowate rozkładają się, równie jak i pewna ilość nikotynu, jakotéż i kwasy organiczne, a pozostaje olejek lotny, dający właściwy zapach tytoniowi i amonijak, który wydziela ze związku z kwasami nikotyn, pewna jednak jego część pozostaje w liściach w połączeniu z kwasem octowym, jako octan nikotynowy.

Druga czynność w fabrykacyi tytoniu, a mianowicie napawanie liści sosami, czyli bejcami, służy do tego, ażeby im nadać przyjemniejszy smak i zapach, jakotéż ułatwić palenie się.

Sosy takie składają się głównie z różnych rozczynów soli kuchennéj, saletry, salmijaku, amonijaku, winianu potasowego i innych tego rodzaju soli, oraz z rozmaitych części roślinnych wygotowanych na polewkę, jak wytłoczyny winogron, maliny, figi, jałowiec, łupiny z jabłek, kawa, herbata, cynamon, gwoździki, wanila, kaskaryla, liście bobkowe, liście aloesu i t. p. Dalej dolewają do nich niekiedy wina, wódki i miodu i dodają cukru, melasu, bursztynu, mastyksu, storaksu, kwasu benzoesowego a nawet i moczu.

Dokładnego składu chemicznego tych sosów, nigdy znać nie można, stanowi to bowiem zwykle tajemnicę każdéj fabryki, od właściwéj bowiem mięszaniny tak co do ilości, jakotéż jakości ich, zależy wytworność owych wyrobów tytoniowych.

W takich sosach nasyca się dopiero liście tytoniowe, składa na stosy i poddaje nowéj fermentacyi, po ukończeniu któréj suszy się je następnie na gorących blachach.

Łatwo pojąć, że już w skutek tych dwóch operacyj prawidłowych przy fabrykacyi tytoniu ulega zmianie skład chemiczny suszonych liści tytoniowych, a cóż dopiero mówić o nieprawidłowych sposobach fabrykacyi, o fałszowaniach, które szczególnie przy fabrykacyi cygar liściowych na wielką skalę miewają miejsce. Tutaj zamiast liści tytoniowych używają liści kapusty, buraków, boćwiny, cykoryi, naci kartoflanych i t. p. liści, które dla zamaskowania wprzód moczą w sosach tytoniowych [1]).

Niekiedy dodają tu jeszcze liście n o g i e t k a w o n n e g o (*calendula odorata*) i n o s t r z y k a l e k a r s k i e g o (*melilotus officinalis*), a to z téj racyi, że w obu znajduje się k u m a r y n a $\left(C_6 H_4 \begin{cases} O \\ C_2 H_2 CO \end{cases}\right)$ bardzo zbliżona własnościami swemi do nikotynu. Okazuje się z tego, że nigdy nie można być pewnym, ile w tytoniu, którego używamy, znajduje się tego najważniejszego związku, nikotynu, bo nietylko sama fermentacyja zmniejsza, jak widzieliśmy, jego ilość, ale i zafałszowania maskują.

Wedle doświadczeń dotychczasowych przekonano się jednak, że ilość ta bywa od 2·00 do 7·96 na 100. (C. d. n.)

III. Nowotwór zatykający światło tchawicy, wypalony przez ranę tracheotomijną; wyzdrowienie.

(Według wykładu mianego w Tow. lek. krak.)

Podał **Dr. Pieniążek**,
Docent Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Przypadek, który opisać zamierzam, zasługuje na uwagę pod dwoma względami; raz jako przypadek niezwykły a nawet bardzo rzadki pod względem patologicznym, powtóre z powodu leczenia operacyjnego, które tu, o ile m. wiadomo, po raz pierwszy w ten sposób zastosowaném zostało. Nadto uwydatnia się tu w całéj pełni ważność badania laryngoskopijnego nietylko pod względem rozpoznawczym, ale i leczniczym i to w ten sposób, że śmiało rzec mogę, iż dokładnemu laryngoskopijnemu badaniu chora swe życie i zdrowie zawdzięcza.

W styczniu 1883 zawezwany zostałem do Radymna do panny B., która dotąd pozostawała pod lekarską opieką Drów Kiebuzińskiego i Rychlickiego. Przybywszy na miejsce dowiedziałem się, że chora cierpi przeszło od roku na duszność z przypadami zwężenia wspólnéj rury oddechowéj, która lubo trwa stale, od czasu do czasu jednak nasila się więcéj, tak że przychodzi do napadów duszności, krócéj lub dłużéj trwających. W dzień przed mojém przybyciem miało miejsce takie nasilenie, cały dzień trwające, a tak znaczne, iż sądzono, że chora nie przetrzyma. Obaj koledzy, których przy choréj zastałem, oświadczyli mi, że badali krtań za pomocą zwierciadełka, nic w niéj jednak nie znaleźli, zmuszeni są więc przypuścić, że przyczyna zwężenia znajduje się poniżéj głośni, prawdopodobnie w tchawicy, któréj jednak z powodu drażliwości choréj zbadać dokładnie nie mogli. Z powodu napadu sufokacyjnego dnia poprzedniego zalecili przystawienie kilku pijawek, co rzeczywiście choréj sprawiło ulgę, tak że w chwili mego przybycia duszność była nieco mniejszą. Nadto dowiedziałem się, że chora przebyła przed pół rokiem zapalenie wypocinowe opłucny po stronie lewéj, po którém przyczepienie w dole płuca lewego wykazać było można. Mimo bardzo wielkiéj duszności dnia

[1]) Wedle Dr. Schneidera w saméj Turyngii rocznie zużywają na ten cel 2,340.000 funtów boćwiny.

poprzedniego wstrzymali się wspomnieni koledzy od tracheotomii z tego powodu, że nie umieli oznaczyć, w którém miejscu tchawicy zwężenie się znajduje. Przy badaniu laryngoskopijném, które rzeczywiście z powodu duszności i drażliwości choréj było utrudnioném, znalazłem w głośni zupełnie prawidłowe stosunki, poniżéj głośni jednakże na wysokości chrząstki obrączkowéj światło krtani prawie wypełnione guzem okrągławym, dość żywo zaczerwienionym, który wychodził z tylnéj ściany krtani siedząc na niéj szeroko i zdawał się prawie dotykać ścian bocznych i przedniéj tak, że go od nich na oko tylko bruzda zdawała się odgraniczać. Pozostająca zatém dla przejścia powietrza szpara była bardzo wąską, otaczała jednak guz wspomniony z obu boków i z przodu tak, że blisko $^3/_4$ okręgu koła stanowiła; tak więc jéj długość kompensowała poniekąd wąskość umożliwiając przez to oddech lubo znacznie utrudniony. Łatwo jednak pojąć, że w takim stanie najmniejsze obrzmienie guza, skutkiem np. większego napływu krwi, mogło do reszty zatkać wąską szparkę i zdaje się, że napad sufokacyjny z dnia poprzedniego nie na czém inném polegał. Podobne napady mogło téż wywołać nagromadzenie śluzu w wąskiéj szparze, lubo napady te w takim razie znacznie krócéj trwaćby musiały i ustępować po wyrzuceniu pewnéj ilości śluzu przez kaszel. W takim stanie choréj naprzód musiałem pomyśleć o tracheotomii w celu zabezpieczenia jéj od zaduszenia, a potém dopiero o usunięciu guza krtań prawie zatykającego. To téż zaraz przystąpiłem do tracheotomii, którą z pomocą obu kolegów wykonałem, przeciąwszy kilka pierwszych pierścieni tchawicy, nie zaś łuk chrząstki obrączkowéj, aby się dostać poniżéj zwężenia i aby nie skaleczyć samego guza, którego natury nieznając mogłem przypuszczać, że może bardzo silnie krwawić w razie skaleczenia. Po tracheotomii wyjechałem pozostawiając chorą opiece kolegów i radząc, aby po podgojeniu rany tracheotomijnéj przybyła do Krakowa celem usunięcia guza.

W tydzień przeszło przybyła chora do Krakowa z raną podgojoną, guz zaś tymczasem zwiększył swe rozmiary tak, że często lubo nie stale zupełnie światło krtani wypełniał, tak że chora nic wymówić nie mogła, czasem i po kilka godzin.

Zanim mogłem przystąpić do jakiejkolwiek terapii mającéj na celu usunięcie guza, musiałem się naprzód przekonać o jego naturze, któréj samo badanie laryngoskopijne wyjaśnić jeszcze nie było w stanie. Mógł to być bowiem nowotwór z tylnéj ściany krtani wychodzący, mógł być jednak i ropień na tylnéj płycie chrząstki obrączkowéj zebrany. Pomijam możliwość wpuklenia od zewnątrz, jakie mogłoby mieć miejsce ze strony jakiego nowotworu gardzielowego, jego zaułka itp., gdyż guz usadowiony był na saméj płycie chrząstki obrączkowéj, która nie dozwoliłaby wpuklenia od zewnątrz, chyba zostawszy sama wprzód do zaniku doprowadzoną, w którymto razie musiałby guz wtłaczający się osiągnąć wielkość, którаby się zarazem innemi przypadami zdradzać musiała. Gdyby jednak siedziba guza wypadała poniżéj chrząstki obrączkowéj, musielibyśmy i tę możliwość uwzględnić, a jakieby w tym razie było pole do domysłów, można wnosić np. z przypadku Schnitzlera, w którym przerosły gruczoł tarczykowy, obszedłszy z boku tchawicę wtłoczył jéj tylną ścianę do jéj wnętrza w tym stopniu, że nastąpiło zaduszenie. Tutaj tylko dwie pierwsze ewentualności uwzględnić musiałem. Pierwsza z nich, t. j. nowotwór wychodzący z tylnéj ściany krtani, do rzadkości należy, oprócz raka, który wykluczyć z wielkiém prawdopodobieństwem można było z powodu gładkości, okrągłości i odgraniczenia guza oraz braku owrzodzenia. Rak, któryby z gardziela zniszczywszy chrząstkę wtłaczał utrzymaną jeszcze błonę śluzową, w tych rozmiarach byłby już prawdopodobnie owrzodziały i nierówny. Z innych nowotworów wiadomo, że zwykłe polipy wyjątkowo tylko z tylnéj ściany wychodzą. Znaném jest wreszcie parę przypadków mięsaków w téj okolicy usadowionych, ale i te do rzadkości należą. Ropień téj wielkości mógłby jedynie pochodzić z zapalenia ochrzęstny na tylnéj płycie, które jednakowoż zazwyczaj zajmuje i stawy nalewkoobrączkowe zdradzając się nieruchomością i obrzmieniem chrząstek nalewkowych po jednéj lub obu stronach, którego tu ani śladu nie było. Może jednak wyjątkowo zapalenie ochrzęstny ograniczyć się do saméj płyty bez zajęcia stawów i bez obrzmienia chrząstek nalewkowych, jak to sam miałem sposobność stwierdzić w dwóch przypadkach. Przeciw ropniowi przemawiało jednak samo wejrzenie guza, który od tylnéj ściany nie pochyło lecz prawie prostopadle się wznosił. Rozbiór ten, opierający się właściwie na rachunku prawdopodobieństwa, doprowadził mnie do wniosku, że najprawdopodobniéj mamy do czynienia z nowotworem łagodnym, t. j. z włókniakiem lub może z mięsakiem. Po przybyciu choréj do Krakowa zbadałem ją nietylko za pomocą zwierciadełka krtaniowego, ale zarazem i przez ranę tracheotomijną za pomocą zwierciadełka stalowego Czermaka. Spód guza był już wprost na tylnéj ścianie widoczny i mogłem zarazem stwierdzić, że w dole guz nie odchodził prostopadle od tylnéj ściany, lecz wznosił się zrazu pochyło ku górze. Tak więc obraz z góry zdawał się więcéj przemawiać za nowotworową naturą guza, obraz zaś z dołu może więcéj za ropniem. W każdym razie guz operacyjnie usuniętym być musiał, w tym więc celu zabrałem się do sondowania krtani choréj, aby ją z dotykaniem krtani oswoić i sondą twardość i podatność guza wybadać. Wkrótce jednak praca moja przerwaną została przez to, że chora dostała odry, do któréj dołączyły się błony krupowe na ranie tracheotomijnéj oraz w saméj tchawicy, które jednak nie doprowadziły do zwężenia jéj światła. Przebieg odry mogę nazwać mimo to dość łagodnym, a wystąpienie błon krupowych częściowo odnosiłbym do drażnienia ze strony kaniuli. Sądzę mianowicie, że gdyby nie ta okoliczność, mimo odry błony krupowe nie utworzyłyby się, lecz skończyłoby się jak zwykle na zapaleniu nieżytowém tchawicy. Za tém przemawia i to, że błony nie sięgały niżéj jak koniec kaniuli, i że pokrywały tylko tylną ścianę tchawicy, odpowiednio wypukłości kaniuli, oraz całą ranę, gdy krtań, równie jak spód tchawicy, zupełnie od nich była wolną. Po przebyciu odry mogłem dopiero powrócić do sondowania, które mnie pouczyło, że guz jest trochę podatnym, ale przecież nie miękkim. Wbiłem następnie przez ranę tracheotomijną zagiętą igiełkę Pravaza w guz w kilku miejscach, nie mogłem jednak żadnéj płynnéj treści z niego wyciągnąć. Krwawienie po nakłuciu było bardzo nieznaczne. Teraz mogłem już na pewno wykluczyć ropień, a tém samém musiałem uważać guz za nowotwór. Pod względem terapii miałem do wyboru albo wykonać laryngofisurę i następnie guz wyciąć, albo operować go drogą laryngealną, albo przez ranę tracheotomijną. Wielkość guza i szeroka jego podstawa pierwszą z tych dróg wskazywała, drażliwość przytém choréj, która nie mogła nawyknąć do znoszenia sondy w krtani bez reakcyi, uniemożliwiała drogę endolaryngealną. Nie chciałem

jednak narażać chorej na utratę głosu, który był zupełnie dobrym, a utrata może nastąpić po laryngofisurze i postanowiłem probować przynajmniej, czy mi się nie uda zniszczyć guza galwanokauterem przez ranę tracheotomijną. Chora też zgodziła się na rzeczone próby chętnie, aby w ten sposób cięższej operacyi uniknąć. Spód też guza łatwo był dostępny przez ranę; u samej nasady mogłem go dosięgnąć prawie nie podnosząc narzędzia do góry, a dalej śmiało mogłem iść na oślep, gdyż kierując instrument ku górze, nic innego jak tylko ten guz mogłem natrafić. Jedynie chcąc go dosięgnąć na najwyższej wypukłości, t. j. wypalając od przodu w tył, łatwo mogłem zranić zarazem przednią ścianę krtani ponad raną tracheotomijną; nie obawiałem się jednak tego tak dalece, gdyż wciskając galwanokauter zawsze ku tyłowi a nie naprzód, większego zranienia mogłem uniknąć, a ograniczonej blizny, jakaby tu powstać mogła, nie obawiałem się, gdyż takowa, jako wcale do okrężnej niezbliżona nie przedstawiała obawy następowego zwężenia. Musiałem tylko uważać, żeby nie sprawić zranienia, któreby okrężnie lub półokrężnie się rozciągało. Z początku samego ocenić mogłem, że najtrudniej mi będzie z górną częścią guza, do której od rany tracheotomijnej droga mogła być zbyt daleka, z góry zaś wypalać nie mogłem, z powodu zbytecznej drażliwości chorej. Gdyby nie ta okoliczność, byłbym rozpoczął od razu z dwóch stron wypalanie, t. j. z góry i z dołu czyli endolaryngealnie i przez ranę tracheotomijną, tak jednak li tylko do ostatniego ograniczyć się musiałem.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. E. Hofmann: **Lehrbuch der gerichtlichen Medicin, 3 vermehrte u. verbesserte Auflage II Hälfte.** (Bogen 29—61). Wien u. Leipzig, Urban u. Schwarzenberg 1884.

Kilka miesięcy zaledwie upłynęło, odkąd zdaliśmy sprawę z 1szej połowy dzieła powyższego, a już autor i nakładcy wywiązali się z przyrzeczenia swego, ogłosiwszy przed paru tygodniami połowę 2gą i uzupełniwszy tym sposobem wydanie 3cie. Mając teraz przed sobą całość musimy cofnąć zdanie wypowiedziane po zjawieniu się połowy 1szej, jakoby zmian zasadniczych nie można było spodziewać się w książce, która po upływie zaledwie lat dwóch wychodzi w nowém wydaniu. Przeciwnie książka zyskała znacznie na objętości, liczy teraz stronnic 976 i rycin 108 (w wydaniu 2giém było stronnic 867 i 95 rycin), z czego wynika, że musiało przybyć także i treści. To też napotykamy nasamprzód nowy zupełnie rozdział „o sprawdzaniu tożsamości trupów“ (str. 784—819). Dawniejsze dzieła sądowolekarskie zwłaszcza francuskie, zajmowały się tą kwestyją wyczerpująco; w nowszych czasach mało przywięzywano wagi do sprawdzania tożsamości, mieniąc je rzeczą w praktyce podrzędną; dopiero straszna katastrofa, której widownią był Ringteatr wiedeński przed 2 laty przypomniała doniosłość sprawy i stała się bodźcem dla autora, że w obecném wydaniu umieścił ważny ustęp, uwzględniający wszystkie szczegóły, zasługujące na uwagę przy sprawdzaniu tożsamości zwłok, śród szczególnych i wyjątkowych okoliczności odgrzebanych, z wody lub z ognia wydobytych.

W rozdziale „o uduszeniu“ autor utrzymuje dawniejsze swoje twierdzenie co do pojawienia się wynaczynionek na częściach względnie niżej położonych u wisielców, nie uważa ich atoli za pośmiertne, lecz powstałe za życia a uwydatniające się dopiero po śmierci; dalej zwraca uwagę, że obecność krwi ściętej w sercu i naczyniach większych nie wyklucza śmierci z uduszenia, że po strangulacyi może pozostać na szyi kilka brózd, jeżeli narzędzie duszące kilkakrotnie koło niej okręconém zostało; dalej roztrząsa zmiany znachodzące się w częściach miękkich szyi i podaje objawy miejscowe i ogólne, spostrzegane u ludzi strangulowanych a wcześnie jeszcze odcinanych; znaczenie próby usznej w rozpoznawaniu śmierci z utonięcia sprowadza do bardzo podrzędnego znaczenia, oparty na doświadczeniach czynionych przez Dra Hněvkovskiego, wreszcie zastanawia się nad bróździami i obrażeniami, które znachodzą się na zwłokach z wody wydobytych i nad rozpoznawaniem okresu czasu, przez jaki zwłoki leżały we wodzie.

W rozdziale „o oparzeniu“ znajdujemy uwagi nad działaniem płynów żrących i nad insolacyją, oraz wzmiankę o zmianach ważniejszych znalezionych na ofiarach katastrofy w Ringteatrze.

Najliczniejsze zmiany napotykamy w rozdziale o otruciach. Rzecz o zmianach miejscowych w żołądku po otruciu środkami żrącemi uległa gruntownemu przeobrażeniu, dalej wspomina autor i o reakcyi wymoczkowej Rossbacha, o ptomainach jednak natrąca tylko mimochodem, czego żałować wypada a tłumaczymy sobie brak ten okolicznością, że, o ile wiemy, badania nad alkaloidami gnilnemi, we Wiedniu przedsięwzięte dotychczas nie doprowadziły do rezultatów pewnych. Osobny ustęp poświęca autor otruciu chloranem potasowym, które właśnie w ostatnich dwóch latach nabrało większego znaczenia, jak to kilkakrotnie w Przegl. Lek. podnosiliśmy; również rozpisuje się obszerniej nad otruciem kwasem solnym, azotowym, szczawiowym i karbolowym, oraz amonijakiem i jodoformem. W dziale o otruciu fosforowém zwraca uwagę, że zmiany powstałe w wątrobie odpowiadają czasem obrazowi ostrego żółtego zaniku, a wiadomo, że Ossikovszky od dawna broni identyczności otrucia fosforowego i ostrego zaniku wątroby. — W dziale o otruciu tlenkiem węgla nie wspomina autor o nowej próbie Salkowskiego (p. Przegl Lek. 1883, Nr. 25).

W ważnym rozdziale o dzieciobójstwie uwzględnia wszystkie nowsze prace, odnoszące się bezpośrednio lub pośrednio do próby płucnej. Do cechy podanej przez Kotelewskiego w Warszawie, według której rozróżnienie oddychania noworodka od sztucznego wydęcia płuc ma być możebném na podstawie różowawego marmurkowania płuc, nie przywięzuje wagi wielkiej; z własnego doświadczenia dodajemy, że cecha ta nie ma żadnego znaczenia praktycznego. Sposób Schultzego wzbudzenia sztucznego oddychania, nie dawno temu przez Rungego zachwalany a przytoczony jako dowód przeciw znaczeniu próby płucnej, również nie znajduje poparcia w doświadczeniach przez autora umyślnie przedsięwziętych. Pod względem kwestyi, czy płuca, które oddychały mogą stać się znów bezpowietrznemi, wiadomo, że autor od dawna stoi po stronie Schrödera; obecnie przytacza wynik przeciwny doświadczeń Tamassii, nie wspomina atoli jeszcze o pracy Ungera. Natomiast odwołuje dawniejsze swoje zdanie o próbie usznej, i przychyla się do zdania Lessera a zwłaszcza Hněvkovskiego, odmawiającego tej próbie wszelkiego znaczenia.

W dziale o zmianach pośmiertnych napotykamy uwagi praktyczne w maceracyi zwłok leżących we wodzie oraz o tłuszczowosku; w pojmowaniu sprawy two-

rzenia się onego autor pozyskał poparcie Ludwiga, Ermanna i Reicharda przeciw zapatrywaniu obozu przeciwnego, bronionego głównie przez Krattera w Gracu.

W psychopatologii sądowéj w przeciągu dwóch lat nie mogły zajść zmiany ważniejsze, to też w tym dziale najmniéj znajdujemy przeobrażeń; jednak i tu skrzętnie autor korzystał z literatury, zapisując np. nowszą literaturę przewrotnego popędu płciowego, wspominając o szczególnym stanie, wystąpić mającym według autorów amerykańskich u pijaków nałogowych a zwanych przez nich „*Trance state*" (stan zachwytu), podając wreszcie kilka uwag nad symulacyją obłąkania i nad samobójstwem w chorobach gorączkowych.

Pobieżny ten pogląd na zmiany, poprawki i uzupełnienia, znajdujące się w wydaniu 3ciém dzieła Hofmanna, wystarczy, aby przekonać każdego, że dzieło to odpowiada wszelkim wymogom tak lekarza doświadczeńszego jako i mniéj doświadczonego, że jest więc podręcznikiem w najlepszém tego słowa znaczeniu i że ze wszech miar zasłużyło sobie na niezwykłe rozpowszechnienie, którego doznało.

L. Blumenstok.

Farmakologija Nothnagla i Rossbacha, przekład z 4go wydania oryg., wydana staraniem i nakładem właścicieli Gazety Lek. Warszawa 1883.

W roku właśnie minionym wzbogaconą została literatura polska lekarska przekładem farmakologii Nothnagla i Rossbacha, którymto przekładem zapełnioną została jedna z największych luk w piśmiennictwie naszém, gdyż w żadnym innym dziale nauki lekarskiéj nie dawał się uczuć większy brak dobrego podręcznika, aniżeli w dziedzinie farmakologii, tém bardziéj, że oprócz dzieła Wyrzykowskiego, będącego opracowaném tłumaczeniem Schuchardta, nie posiadaliśmy podręcznika odpowiedniego. Czy dzieło obrane do tłumaczenia było dobrém, na to łatwa odpowiedź, gdyż żadne dzieło farmakologiczne nie cieszy się takiém powodzeniem, jak dzieło Nothnagla i Rossbacha, napisane przez autorów posiadających doświadczenie kliniczne i znajomość farmako-fizyjologii. W żadném innném dziele nie znajdzie materyjału tak krytycznie obrobionego, jak właśnie w dziele Nothnagla i Rossbacha; nadto jestto jedyne nowsze dzieło, w którém podział leków na podstawie chemicznéj konsekwentnie przeprowadzono i w którém część toksykologiczną należycie uwzględniono. W dziele tém znajdzie lekarz cenne wskazówki dotyczące wszystkich tych leków, których skład chemiczny dokładnie jest znanym; te zaś, których istoty działające nie są dokładnie znane, znajdują albo pobieżne opracowanie albo zostały zupełnie pominięte. Ze względu więc na dobry wybór dzieła i poprawność języka należy się autorom przekładu uznanie i dzieło to, odznaczające się nadto pięknym drukiem i na nasze stosunki ceną bardzo przystępną, można kolegom zalecić jako najlepszy dotychczas znany podręcznik farmakologii. *Prof. Dr. Łazarski.*

Prof. Alfreda Fourniera: **Syfilis i małżeństwo.** Przełożył Dr. med. Antoni Elsenberg.

Dr. Elsenberg wzbogacił naszą ubogą literaturę syfilidologiczną przekładem znakomitego dzieła Fourniera. Z zadania swego jako tłumacz wywiązał się dobrze. Tłumaczenie jest wierne, myśl autora w polskiéj szacie dokładnie oddana. Mielibyśmy do zarzucenia tylko niektóre usterki językowe. Przedewszystkiém razi bardzo spadkowanie wyrazu syfilis, syfilisa, syfilisowi, syfilisem; daléj źle użyto wyrazu „ssawce syfilityczni" zamiast oseski syfilityczne; „przejawy kiły" zamiast objawy kiły; „w razie nastąpionego nieszczęścia" zamiast w razie nieszczęścia, które nastąpiło. Tłumacz bez potrzeby używa co chwila zaimków (np. na str. 46 „przedewszystkiém dziecko to nie rozwija się fizycznie, tak, że w 12 roku jego życia"....) Mimo tych dość licznych usterków językowych, z których tylko kilka ważniejszych podnieśliśmy, całość gładko i przyjemnie się czyta.

Możemy też polecić tłumaczenie Dra Elsenberga nietylko lekarzom ale każdemu wykształconemu człowiekowi. Przez rozpowszechnienie znajomości tak ważnéj kwestyi niejednokrotnie zapobiegłoby się nieszczęściu całéj rodziny, jakie powstaje przez lekkomyślne zawieranie związków małżeńskich przez ludzi zarażonych kiłą. *Dr. Kopff.*

Dr. Ida Elijaszowa: **O działaniu kantarydynu na nerki.**

Mało zajmowano się dotąd badaniem zmian drobnowidowych w nerkach, wywołanych przez zadawanie kantarydynu. Pierwszą pracę w tym kierunku podjęła Szachowa, zadając psom kantarydyn w małéj ilości przez kilka tygodni. Zmiany które znalazła, odnosiły się przeważnie do kanalików krętych: w nich to szczególnie widzieć było można powiększenie komórek do 10 razy, przyczém pierwoszcze ich stawało się połyskujące i więcéj przeźroczyste a jądro również przybierało większą objętość. Podobne doświadczenia robił Cornil, lecz znalazł głębsze zmiany a te odnosiły się do kłębków, w których można było widzieć pod drobnowidem wypocinę siatkowatą złożoną między kłębkami a torebką, przybłonek torebki napęczniały, kanaliki kręte rozszerzone i światło ich wypełnione jużto ciałkami białemi, lub tworami kulistemi różnéj wielkości, jużto wreszcie siatkowatą wypociną, a wzdłuż naczyń był dość znaczny naciek drobnokomórkowy.

W przeciwieństwie do wspomnianych stoją doświadczenia prof. Browicza, który zadając większe dawki kantarydynu, bo 0·01 rozpuszczonego w eterze octowym, wywoływał ostre zapalenie nerek. (*Centralblatt für die med. Wissenschaften* 1879. 145). I tu były wybitne zmiany w kłębkach a mianowicie, co najprzód uderzało, powiększenie tychże, następnie masy drobnoziarniste i szkliste bez jąder wewnątrz kłębków. Podobne masy znajdowały się w samych kanalikach moczowych, jako t. zw. wałeczki, przybłonek kanalików był napęczniały, a tak w samych komórkach przybłonkowych i wewnątrz kanalików, jakoteż i w podścielisku były tu i owdzie ciałka limfatyczne.

Metody prof. Browicza użył także i Cornil w swych doświadczeniach (*Comptes rendues*) 1880. 180) a według zapatrywania tego ostatniego działa kantarydyn w pierwszym rzędzie na naczynia, w skutek czego przechodzi przez ich ścianę osocz krwi, tudzież ciałka białe i czerwone a nawet śródbłonek ulega zniszczeniu a następnie dopiero sprowadza zmianę w komórkach przybłonkowych.

Z innych zasługują na wzmiankę doświadczenia Dunina, który znajdował u kotów zatrutych kantarydynem martwinę koagulacyjną w kanalikach krętych. Te rozmaite, w znacznéj części sprzeczne wyniki poprzednich badań, były przyczyną, że E. powtórzyła doświadczenia, aby zbadać jeszcze raz zmiany w komórkach przybłonkowych. Warstwa przybłonkowa w kanalikach moczowych królików przedstawia bardzo często linię nierówną, zębowatą, jakby wygryzioną, jeżeli się nawet zupełnie świeżą nerkę włoży do alkoholu albo kwasu chromowego. W lekkich stopniach zatrucia kantarydynem przedstawia nerka podobny obraz, różniący się chyba większą nierównością powierzchni warstwy przybłon-

kowéj; w późniejszym jednak okresie zatrucia zmiany są wybitniejsze i odnoszą się do kanalików istoty korowéj, z wyjątkiem części zstępujących. Kanaliki te okazują rozszerzone światło a warstwa przybłonka wałeczkowego, wyściełająca kanaliki, jest znacznie spłaszczona. W świetle zaś kanalików widać luźno leżące masy drobnoziarniste z jądrami i bez tychże. Powierzchnia wewnętrzna warstwy przybłonkowéj jest najczęściéj nierówna. Pierwoszcze komórek jest zwykle ziarniste a jądra są w niém zawarte w mniejszéj ilości, albo zupełny ich brak tak, że zdaje się nie ulegać wątpliwości, że w tych komórkach brak jest wewnętrznéj połowy komórek. Brak jąder chciano tłómaczyć w ten sposób, że jądra skutkiem martwiny koagulacyjnéj tracą własność przyjmowania barwika, to jednak zapatrywanie nie może się ostać w obec faktu, że przecież znajdują się jądra dobrze zabarwione, choć w nierównie mniejszéj ilości. Oderwanie się wewnętrznéj części warstwy przybłonkowéj ma miejsce skutkiem rozpuszczenia się téj warstwy pierwoszczy, która oddziela jądra od powierzchni wewnętrznéj, poczém rozpuszcza się także warstwa pierwoszczy otaczająca jądra z boku, tak że wreszcie jądro wolno leży w świetle kanalika. Takiego obrazu nigdy się nie napotyka w stosunkach prawidłowych. Ale i odczynniki, których się używa, nie są bez wpływu na obraz drobnowidowy, i tak np. w preparatach stwardniałych w kwasie chromowym są masy rozpadowe wypełniające kanaliki więcéj jednostajne, podczas gdy w preparatach, które moczono w chromanie amonowym lub alkoholu masy drobnoziarniste i utrzymane jądra są skupione.

E. używała do swych badań także dwuchromanu potasowego, kwasu pikrynowego a wreszcie kwasu osmowego a preparaty na działanie tych odczynników wystawione okazywały bardzo znaczne różnice. Szczególnie wybitne zmiany wywołuje kwas osmowy, ścinając, jak się zdaje, masy zawarte w kanalikach i tém tłumaczy E. że Cornil, który właśnie używał tego odczynnika, znalazł daleko większe zmiany, aniżeli inni autorowie. (Dok. nast.)

Kassowitz: Leczenie krzywicy fosforem.

Już w r. 1872 zwrócił Wagner uwagę na ważną okoliczność, że podając małe ilości fosforu *in substantia* młodym zwierzętom wywoływał na trzonach kości rurkowatych warstwę kostną znacznéj zbitości. Wagner nie zużytkował jednak swego odkrycia w celach terapeutycznych; Kassowitz pojął doniosłość tych badań; już poprzednio nabrał on przekonania, że istota krzywicy polega na bujnym rozwoju kości, oraz rozszerzeniu i przepełnieniu krwią naczyń chrząstki, ochrzęstny i wreszcie saméj kości. W skutek szybkiego prądu cyrkulacyjnego osadzenie się we krwi będących soli wapiennych staje się uniemożebnione i powstaje powszechnie znane zgrubienie nasad i miękkość trzonów. Kassowitz znając już doświadczenie Wagnera, zastosował fosfor w krzywicy w nadziei, że i tu nastąpi wytwarzanie kostnéj twardéj warstwy. Wyniki jego badań są następujące: *a*) większe dawki fosforu ($^6/_{10}$ miligrama) wywołują u zwierząt bujny rozrost naczyń w najmłodszych warstwach kości i następowe rozmiękczenie kostniejącéj chrząstki, słowem powstaje krzywica sztuczna; *b*) małe dawki fosforu (do $^2/_{10}$ miligrama) uderzająco powstrzymują sprawę rozmiękczenia pozbawionych wapna młodych nawarstwień kości i chrząstki, oraz zmniejszają liczebnie i zwężają przestwory szpiku kostnego; taki wpływ małych dawek fosforu musi polegać na powstrzymaniu rozwoju najmłodszych naczyń i zwężeniu ich światła. Wyniki lecznicze z zastosowania fosforu w krzywicy mają być podług Kassowitza zdumiewające. Podawany w małych dawkach *in substantia* jest on nieszkodliwy dla ustroju; skutek leczniczy występuje prędko i pewnie. Najcięższe przypadki krzywicy leczy się skutecznie fosforem, nawet w tych okolicznościach, kiedy zachody dyjetetyczne nie mogą być zastosowane. Kassowitz zaleca podawać dzieciom chorym na krzywicę fosfor w rozczynie oleistym (0,01 na 100,0 olejku migdałowego) po łyżeczce dziennie, zatém pół miligrama na dobę; leczenie należy stosować od 1 do 6 miesięcy. Autor zebrał już 560 przypadków szczęśliwie tym sposobem leczonéj krzywicy. (Sprawozdanie z wrześniowego Zjazdu lekarzy niemieckich w Fryburgu).

Dr. A. Kwaśnicki.

Maydl. Gastrotomija.

Do poprzedniego swego sprawozdania (*Wien. med. Blätter* 1882 N. 15 i nast.) dodaje M. historyje 12 chorych, z których 5 umarło, siedmiu zaś wyzdrowiało. W pierwszym niepomyślnym przypadku nie można było wyciągnąć żołądka na zewnątrz z powodu unieruchomienia go przez naciek nowotworowy w okolicy upustu. Rana w ścianie brzusznéj wygoiła się *per primam.* Chory umarł w 3 tygodnie późniéj w skutek wyniszczenia. W drugim przypadku nie można było również otworzyć żołądka, ponieważ ściany jego były mocno zniekształcone i skurczone przez blizny powstałe po wypiciu kwasu siarkowego. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono rozlane zapalenie otrzewny i posokowate zapalenie głębokiéj tkanki łącznéj na szyi i w śródpiersiu wywołane w skutek przebicia ścian połyku. Raz nastąpiła śmierć w skutek rozlanego zapalenia otrzewny z powodu rozdarcia się zrostów między żołądkiem i ścianą brzuszną i wylania się treści żołądkowéj do jamy otrzewnowéj.

Czwarty chory umarł w 2 dni po operacyi z wyniszczenia, gdyż znaleziony i przyczepiony do ściany brzusznéj żołądek następnego dnia znowu uwolniono i utworzoną w jego ścianach ranę zespojono z powodu niepewności, czy operacyję wykonano na żołądku, czy też na okrężnicy.

Wreszcie powodem śmierci 5 chorego było zrazikowe zapalenie płuc.

W pozostałych 7 przypadkach operowanych z powodu raka połyku nastąpiło wyleczenie i po kilku miesiącach znajdowali się prawie wszyscy operowani w dobrym stanie zdrowia.

M. jest gorliwym zwolennikiem gastrotomii, mającéj wiele zalet przed polecaną przez Gussenbauera esofagotomiją wewnętrzną, która tylko w niewielu przypadkach może być stosowniejszą. Jako zabieg operacyjny w celu uchronienia chorego od śmierci głodowéj jest utworzenie przetoki żołądkowéj operacyją bardzo prostą i do wykonania jéj nic potrzeba szczególnych narzędzi, ani dużo umiejętnéj asystencyi. Jeżeli zwężenie połyku da się następnie usunąć, natenczas przetoka żołądkowa goi się szybko nie pozostawiając po sobie żadnych dolegliwości ani oszpecenia. M. sądzi też, że otwarcie żołądka może być wskazane zaraz z początku po znaczniejszém oparzeniu połyku płynami żrącemi, gdyż tym sposobem umożebnia się prawidłowe odżywienie chorego, oszczędzą mu się bóle i zapobiega wyniszczeniu przez długotrwałe głodzenie się, rana w połyku może się goić spokojnie a przeto chroni się od przebicia połyku i jego różnych następstw.

Gastrotomija zyskała sobie zatém na zawsze prawo obywatelstwa w chirurgii; przy zwężeniach bliznowatych jest ona operacyją ratującą życie, przy zwężeniach nowotworowych przedłuża przynajmniéj życie przez kilka miesięcy. Prawie najważniejszém przeciwwskazaniem do jéj wykonania są

istniejące już przed operacyją sprawy zapalne w płucach, które téż najczęściéj są przyczyną śmiertelnego zejscia.

Operacyję najlepiéj wykonywać, jeżeli tylko stan chorego na to pozwala, dwuczasowo, t. j. otworzyć żołądek dopiero w jakiś czas, w kilkanaście godzin lub nawet kilka dni po przyczepieniu go do ściany brzusznéj. Do otwarcia najstosowniejszy jest termokauter. Przez utworzony tym sposobem otwór wprowadza się w celu karmienia chorego do żołądka rurkę drenową, koło któréj przetoka mocno się kurczy i treść żołądkowa się nie wylewa, jak to bywa często, jeżeli otwór z żołądka obrębiony został błoną śluzową. (*Wien. med. Presse* 1883, Nr. 47, 48). *Dr. H. Schramm.*

Dr. A. Wölfler: **Podział rozmaitych form wola dobrotliwego.**

Wölfler stara się na podstawie badań histologicznych i historyi rozwoju wprowadzić pewien ład w chaos najrozmaitszych nowotworów gruczołu tarczykowego, objętych ogólną nazwą *struma*. Podzieliwszy wszystkie wola na dwie wielkie grupy: *struma benigna* i *maligna*, dzieli pierwsze na trzy pomniejsze działy: mianowicie rozróżnia *adenoma foetale*, t. j. gruczolaki rozwijające się w postaci guzów dość twardych, dokładnie i ściśle ograniczonych z zarodków embryjonalnych wśród prawidłowego zresztą gruczołu tarczykowego, który nawet w skutek rozrostu może uledz w znacznéj części zanikowi. Guzy te, których zazwyczaj jest kilka, a nawet kilkanaście, nie dochodzą prawie nigdy do znaczniejszych rozmiarów i bardzo rzadko tylko wywołują groźniejsze objawy. Występują one już w pierwszéj młodości, zwłaszcza zaś pomiędzy 10tym a 20tym rokiem życia. Drugi rodzaj stanowi *adenoma gelatinosum;* jestto nowotwór polegający na zwiększonéj produkcyi tkanki galaretowatéj i nowo wytwarzaniu komórek gruczołowych wewnątrz poszczególnych pęcherzyków. Ponieważ zmiany te nie dotyczą gruczołu tarczykowego w całości, tylko obok pęcherzyków chorobowo zmienionych znajdują się i zupełnie prawidłowe, ztąd także nazwa *adenoma acinosum*. Dość często przychodzi w takim nowotworze do wytworzenia większych torbieli. Wola te są prawie zawsze miękkie, elastyczne, powierzchnia ich najczęściéj kulista lub lekko falista, a występują w każdym wieku, szczególniéj jednak u ludzi starszych. Zazwyczaj nie utrudniają oddechania, chyba że przychodzi do bardzo znacznie zwiększonéj produkcyi tkanki galaretowatéj. Trzeci wreszcie dział stanowi *adenoma interacinosum*. Sąto przypadki, w których jużto w prawidłowym gruczole tarczykowym lub téż w gruczolaku galaretowatym rozwija się młoda tkanka łączna, bogata w naczynia krwionośne, pomiędzy poszczególnemi pęcherzykami. W tych przypadkach wole bywa jednostajnie ciastowato miękkie a z powodu dość znacznego unaczynienia częstokroć bardzo łatwo daje się ścisnąć. Występuje częściéj u ludzi młodych, a mianowicie nierzadko u kobiet ciężarnych.

Ze względu na terapiję podział ten jak na dziś nie wielkie ma znaczenie. Musimy się dopiero nauczyć poszczególne te rodzaje wola odróżniać od siebie klinicznie. Tyle tylko i dziś powiedzieć można, że wstrzykiwania miąższowe nastoju jodowego w przypadkach gruczolaka płodowego wpływu leczniczego wywrzeć nie zdołają, podczas gdy w gruczolaku międzyzrazikowym wywołując skurczenie bliznowate nowo wytworzonéj tkanki sprowadzają zarazem zmniejszenie nowotworu. (*Wiener medizinische Wochenschrift* 1883 Nr. 48). *Dr. Trzebicky.*

Dutertre. (Paris J. B. Baillière et fils, 1882). **O narkozie chloroformem wśród porodu.**

Na rok przed wydaniem powyższego dzieła chloroform był przedmiotem żywéj nader rozprawy w Akademii lekarskiéj paryskiéj. Książka powyższa jest obszerném dziełem, którego treścią jest użycie chloroformu podczas zwykłych porodów. Trzeba przyznać, że autor z bardzo wielką dokładnością zajmuje się wszelkiemi dotyczącemi kwestyjami, i że skrzętnie zebrał obfitą literaturę.

Nie podobna szczegółowo rozbierać pięknéj téj pracy dla jéj wielkich rozmiarów i poprzestać musimy na powtórzeniu w streszczeniu końcowych jej wyników.

Autor przeczy mianowicie, jakoby ból porodowy był fizyjologicznie użytecznym i koniecznym, lub żeby nie mógł być usuniętym. Przeciwnie twierdzi, że zniesienie bólu jest tylko korzystném. Znieczulenie w tym stopniu, iż uczucie bólu się znosi bez zniesienia przytomności, nazywa „*Anesthésie obstetricale*“. Taka narkoza albo żadnego, albo tylko nieznaczny wywiera wpływ na bóle porodowe, podczas gdy narkoza zupełna miewa za skutek zupełne ustanie skurczów. Bóle nieregularne stają się w narkozie regularnemi. Krwotoki w narkozie nie zdarzają się częściéj, aniżeli zwykle. Trwanie porodu przez narkozę nie jest krótszém, ani dłuższém. Oddechanie w początku narkozy staje się nieco częstszém, późniéj powolniejszém niż normalnie; podobnie ma się rzecz z czynnością serca. Ciepłota ciała nie zmienia się, natomiast barwa krwi może się zmienić. Chloroform przechodzi w krążenie płodu, zdaje się jednak, że żadnego na nie nie wywiera wpływu. Wszelkie inne zarzuty narkozie podczas porodu czynione uważa D. za całkiem nieuprawnione. Wymaga czystości preparatu, aby uniknąć zamartwicy i osiągnąć łatwo „*Anesthésie obstetricale*“, a odradza użycia mięszanin chloroformu z innemi środkami. Narkozę rozpoczętą, gdy bóle stają się silnemi, można przedłużać według upodobania, dawki jednak ciągle winny być małemi. Choroby serca i płuc nie są bezwzględném przeciwwskazaniem. *Dr. Kohn.*

Wiadomości pomniejsze.

(I. S.) Prof. Nussbaum poleca **mieszaninę chloroformu z kilku kroplami olejku gwoździkowego** do znieczulania chorych, którzy nie mogą znieść woni chloroformu czystego. Do mięszaniny téj zwykł N. dodawać jeszcze nieco lotnika siarkowego i twierdzi, że woń mięszaniny takiéj jest przyjemną dla każdego chorego.

Przy téj sposobności wypowiada autor zdanie, że „dobrze znieczulać za pomocą chloroformu bywa czasem trudniéj aniżeli dobrze operować“, twierdzi następnie, że przypadki śmierci wśród znieczulania, które zaszły w okresie podniecenia, przypisać należy winie lekarza! a każdy lekarz, któremu umiera chory w okresie podniecenia, winien być pociąganym do odpowiedzialności. Prof. N., jakkolwiek jest znakomitym chirurgiem, zdradza niemniéj niepoślednie zdolności prokuratora, jak dał tego dowód, chcąc pociągać do odpowiedzialności lekarzy sądowych, którzy nie stosują zasad sposobu przeciwgnilnego w wszystkich przypadkach sądowych.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z posiedzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego z d. 7 września 1883.

Obecni koledzy: Koszutski, Jerzykowski, Kapuściński i sekretarz. Przewodniczy kol. Koszutski.

Po odczytaniu i przyjęciu protokołu zabiera głos kol. Koszutski wspominając, że spotyka się z biegunką i to bardzo często u ludzi zamożnych, nadto widuje przypadki szkarlatyny i dyfteryi a w ostatnim czasie i zimnicy. — Kol. Jerzykowski leczy często przypadki ostrego zapalenia gardła i migda-

łów. — Kol. Koszutski dodaje, że od osoby znajoméj, hodującéj dużo gołębic, dowiedział się o rozpowszechnionéj pomiędzy temi ptakami jakotéż pomiędzy indykami nadzwyczaj zaraźliwéj chorobie, którą jeden z weterynarzy poznańskich uznał za dyfteryję. — Sekretarz zapytuje, czy który z kolegów doświadczał już skuteczności zachwalonego z Petersburga nowego środka przeciw dyfteryi, t. j. siarkosinku potasowego, do czego jednakże z obecnych nikt dotąd nie miał sposobności.

Następnie sekretarz kilku wstępnemi słowy poprzedził okazanie i opis użycia nowego rozpylacza Kabierskego (*Ctrbl. f. Chir.*, 1883, Nr. 33). Po wymianie zdań w sprawie rozpylaczy zakończono posiedzenie. *Dr. B. Wicherkiewicz.*

Sprawozdanie z Posiedzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego z d. 2 listopada 1883.

Obecnymi na posiedzeniu, któremu przewodniczy prezes kol. Matecki, byli koledzy Batkowski, Jerzykowski, Kapuściński, Koszutski, Osowicki i sekretarz.

Sprawozdanie z poprzedniego posiedzenia przyjęto i podpisano, a następnie na wniosek kol. Osowickiego z pominięciem innych punktów porządku dziennego przystąpiono najprzód do rozpraw nad sprawą udziału sekcyi lekarskiéj Tow. Przyj. Nauk w ogólnym Związku stowarzyszeń niemieckich, sprawą wniesioną przez przewodniczącego miejscowego Towarzystwa lekarskiego niemieckiego za pośrednictwem sekretarza Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk.

Pierwszy zabiera w téj sprawie głos sekretarz, przemawiając w tych słowach: Po dokonaniu politycznego zjednoczenia Niemiec powstały prawie na wszystkich polach życia społecznego i administracyjnego, a nawet i naukowego, dążności unifikacyjne. Temu to przypisać należy, że udało się zabiegom prof. Richtera z Drezna przyprowadzić do skutku zjednoczenie wielu bardzo stowarzyszeń lekarskich niemieckich w ogólny związek, który odbył przed 10ciu laty pierwszy swój sejmik lekarski (*Aerztetag*) w Eisenachu. O celach i dążnościach tego połączenia dowiecie się Panowie z wręczonego sobie statutu. Tutaj nadmieniam tylko, że właśnie w ostatnich latach związek niemiecki postawił sobie za zadanie wyjednanie u rządu ordynacyi lekarskiéj. Sprawa ta była już poruszoną w sejmie pruskim a minister Gossler wyrażając się w przychylny nader sposób o dążnościach Związku towarzystw lekarskich nadmienił, że państwowéj organizacyi tegoż związku stoi przedewszystkiém na przeszkodzie nierówny rozwój geograficzny stowarzyszeń lekarskich, których w pewnych częściach Państwa zaledwo drobne istnieją zawiązki. Ażeby brak ten usunąć, Wydział sejmiku lekarskiego upoważniony przez delegatów stowarzyszeń niemieckich lekarskich zebranych w roku 1882 w Norymberdze, postanowił odpowiednie poczynić kroki i osobną odezwą, którą Kolegom niebawem przeczytam, wzywa osoby wpływowe pomiędzy lekarzami, ażeby takowe starały się zawiązywać towarzystwa lekarskie w tych obwodach rejencyjnych, gdzie ich jeszcze nie ma, a następnie starać się o to, by towarzystwa te zarówno z już istniejącemi przystąpiły do związku. Odezwę taką otrzymał radzca lekarski Rehfeld jako przewodniczący tutejszego niemieckiego stowarzyszenia lekarskiego i udał się osobiście do mnie z prośbą, abym naszemu Wydziałowi sprawę tę przedłożył wraz z zapytaniem, czyby Wydział nasz nie przyłączył się do owego ogólnego Związku towarzystw lekarskich. Rzecz tę podaję Panom do rozstrzygnięcia.

Po odczytaniu przez sekretarza statutu związku rzeczonego wywiązała się nad tą sprawą dość żwawa wymiana zdań pomiędzy wszystkimi obecnymi kolegami. Prawie jednomyślnie objawione zdanie kolegów w te mniej więcéj daje się ująć słowa: Towarzystwo lekarskie polskie istniejące w Poznaniu od roku 1866 odrębne zajmuje od niemieckich stanowisko, oparte na podstawie narodowo-polskiéj; w razie danym nie powinno jednak zrzec się głosu w sprawach materyjalno-lekarskich, o ile takowe są przedmiotem działania Związku stowarzyszeń lekarskich. W końcu przyjęto wniosek sekretarza, ażeby nie uchwaliwszy chwilowo nic stanowczego oświadczyć ustnie przez sekretarza Drowi Rehfeldowi, że Wydział lekarski wstrzymuje się od dania ostatecznéj odpowiedzi, dopóki nie dowie się, na podstawie jakich warunków, i w jakiéj formie miałoby się dokonać przystąpienie Wydziału lekarskiego Tow. Przyj Nauk do Związku stowarzyszeń niemieckich.

Zebrani koledzy zgodzili się również na wniosek sekretarza, ażeby sprawę tę po odebraniu odpowiedzi na powyższe zapytanie, raz jeszcze w Wydziale lekarskim, a mianowicie na następném Walném zgromadzeniu, poruszyć.

Następnie sekretarz objaśniał przyrządy Leitera do uregulowania ciepła. Wykazawszy w krótkich słowach ujemne strony dotychczasowych sposobów obniżania lub podnoszenia ciepłoty pojedyńczych części ciała, przedłożył regulatory i wykazał ich znaczne korzyści przed innemi przyrządami podobnemi, jakoto: Winternitza, Esmarcha i Goldschmidta.

Również przedłożył sekretarz wełnę drzewną posiadającą znakomite własności chłonicze, a zaprowadzoną jako nowy materyjał opatrunkowy przez Dra Walchera, asystenta Brunsa w Tybindze.

W końcu ustanowiono porządek dzienny dla przyszłego Walnego zgromadzenia, mającego się odbyć w dniu 19 grudnia, poczém o godzinie $7\frac{1}{2}$ posiedzenie zakończono.

Dr. B. Wicherkiewicz.

VI. O stanie lekarskim w Anglii.

Urządzenie stanu lekarskiego w Anglii przedstawia się odmiennie pod bardzo wielu względami niż na lądzie stałym. W r. 1874 dość dokładnie opisał stosunki odnośne Finkelnburg w dziele pod tytułem: *Die öffentliche Gesundheitspflege und gegenwärtige Organisation nebst einer vergl. Übersicht der sanit. Instit. in anderen Culturstaaten.* Bonn 1874 [1]). Od tego wszakże czasu wiele się rzeczy zmieniło; że zaś materyjały odnośne porozrzucane są i drukowane w ograniczonéj tylko liczbie egzemplarzy, dla potrzeb domowych nie zaś dla czytelników zwyczajnych, że zresztą niektóre daty wcale nie są publikowane, mniemam, że szczegóły, które tu podać zamierzam, nie będą zbyteczne, zwłaszcza że pod pewnemi względami urządzenia angielskie przewyższają kontynentalne swoją praktycznością.

Od r. 1858 nie było w Anglii prawnego określenia stanu lekarskiego. W roku pomienionym wydano: „*Medical Act*,“ który nadaje dziewięciu stowarzyszeniom lekarskim prawo udzielania stopni. W l. 1880—1881 uzupełniono to prawo. Wolność praktyki została ograniczoną za pomocą regestracyi; regestrator rządowy zapisuje do listy nazwiska studentów, rozpoczynających studyja zawodowe; do regestracyi téj pierwszéj potrzeba złożenia dowodu uzdolnienia w naukach odnoszących się do wykształcenia ogólnego. Opisywać tę kwalifikacyję szczegółowo uważamy za rzecz zbyteczną, powiemy tylko, że stoi ona stosunkowo niżéj od poziomu gimnazyjów kontynentalnych. Od chwili, gdy kandydat został wpisany w listę jako student uznanéj przez Radę (*General medical council*) szkoły lekarskiéj pozostaje mu odbyć 45 miesięcy studyjów zawodowych, poczém za złożeniem certyfikatów ze szkoły składać może egzaminy w jednéj z instytucyj rządowych. Szkoły więc lekarskie oprócz certyfikatów z odbycia studyjów żadnych innych świadectw wydawać nie mogą. Są to instytucyje czysto prywatne, połączone ze szpitalami większemi, utrzymywanemi drogą składek dobrowolnych. Sam Londyn posiada dwanaście takich szkół; prawie o wszystkich wspominaliśmy w artykule: „o szpitalach w Londynie.“ (Przegląd Lek. 1883, Nr. 44 i 45). Wszystkie te szkoły są uznane przez Radę lekarską, jako odpowiednie celowi, i to uznanie nadaje znaczenie certyfikatom z odbycia szkół. Po ukończeniu studyjów lekarskich kandydat może przystąpić do egzaminu dla otrzymania stopnia naukowego i ten egzamin składa w jednym z Uniwersyte-

[1]) Parę wyciągów odnośnych z tego dzieła umieściłem w książeczce pt.: „O znaczeniu sztuki lek. i stanowisku lekarzy.“ Warszawa 1883.

tów (Oxford, Cambridge, Londyn, Edymburg, Aberdeen itd.) albo dla otrzymania stopnia cechy praktycznéj i wówczas składa egzamin w instytucyjach zupełnie innych, z których głównemi są: Królewskie kolegijum lekarzy w Anglii *(Royal College of Physicians of England)* i królewskie kolegijum chirurgów w Anglii *(Royal College of Surgeons of England)*. Uniwersytety nadają zwykle jeden z 4 stopni a mianowicie: „Bachelor of medicine" „Bachelor of surgery," „Master of surgery (magister chirurgii) i Doctor of Medicine." W skróceniu oznaczają się one: MB, BS, MS, MD. Stopnie kolegijów są: L R C P (*Licenciate of the Royal College of Phys.*) M. R. C. P. (*Member of the R. C. P.*), F. R. C. P. (*Fellow of the R. C. P.*) a w kolegijum chirurgicznéml M. R. C. S. (*Member*) i F. R. C. S. (*Fellow*). Bardzo wielu lekarzy posiada kwalifikacyję podwójną, tj. uniwersytecką i otrzymaną w pomienionych kolegijach królewskich. Dla otrzymania stopni uniwersyteckich wymagane są egzaminy mniéj więcéj odpowiadające egzaminom na lądzie stałym, tylko dla otrzymania stopnia magistra chirurgii wymagane jest praktyczne uzdolnienie w téj sztuce, w mniéj lub więcéj wysokim stopniu, a dla uzyskania stopnia M. D. konieczne są sześć lat praktyki i egzamin z logiki i psychologii, oraz świadectwo moralności od dwóch wiarogodnych osób. Zasady logiki i psychologii stanowiąc przedmioty ogólnego wykształcenia średniego wymagane są poniekąd od wszystkich kandydatów - medyków, co ze stanowiska praktycznego za rzecz godną naśladowania uważać należy; znaczenie bowiem tych nauk przy łóżku chorego nie ulega najmniejszéj wątpliwości i przewyższa ważność niektórych drobniejszych szczegółów teoretycznych z przedmiotów czysto lekarskich. Nadto przy egzaminach poleca Rada lekarska zwracać uwagę na praktyczną stronę rzeczy: wymaganą jest pewna wprawa w wykonywaniu sekcyj i w rozpoznawaniu materyjałów aptecznych, w użyciu mikroskopu i odczynników.

Pozwolenie na praktykę (L. R. C. P.) otrzymuje się przez złożenie egzaminów w kolegijum lekarzy i dowodów, iż kandydat odbył egzamin z przedmiotów ogólnego wykształcenia, został wpisany na listę jako student i studyjował przez 45 miesięcy w znanych szkołach lekarskich, asystował przy dwudziestu najmniéj porodach itp. Sam egzamin składa się: 1) z chemii i fizyki (ciepło, światło i elektryczność) farmakologii, botaniki lekarskiéj, farmacyi i osteologii, 2) z anatomii i fizyjologii, 3) (ostateczny egzamin) z patologii, zasad terapii, z anatomii i patologii chirurgicznéj oraz z zasad praktyki chirurgicznéj, z akuszeryi i ginekologii. Wymagany jest przytém wiek 21 lat i świadectwo moralności. Na członka królewskiego kolegijum lekarzy wymagany jest oprócz powyższych dowodów wiek najmniéj lat 25 oraz egzamin ustny, piśmienny, praktyczny, dotyczący wyłącznie medycyny wewnętrznéj. Dla otrzymania stopnia członka w królewskiém kolegijum chirurgów (M. R. C. S.) wymagane są powyższe dowody (wiek 21 lat, 4 lata praktyki) zwłaszcza zaś dowody ze słuchania w ciągu dwóch lat anatomii, wykonywania sekcyj itp. i egzamin przeważnie praktyczny (operacyja na trupie, badanie na żywych oraz egzamin na preparatach w muzeum [1]). Dla otrzymania stopnia Fellow kolegijów potrzebne są 6 lat praktyki i egzamin o wiele ściślejszy.

Od osób posiadających obce dyplomy, pozwalające na praktykę w krajach, w których zostały wydane a ubiegających się o stopnie w kolegijach, wymagany jest tylko egzamin z głównych przedmiotów, wyznaczany dla każdego kandydata oddzielnie. Zresztą wkrótce będzie przedłożony parlamentowi projekt, pozwalający dyplomowanym cudzoziemcom praktykować bez wszelkich egzaminów.

Pomijając olbrzymią liczbę lekarzy autoryzowanych na dawnych zasadach, większość młodszéj generacyi praktyków składają oczywiścia licencyjaci królewskiego kolegijum lekarzy; po nich następują członkowie królewskiego kolegijum chirurgów (w r. zeszłym było ogółem 16.093 M. R. C. S., podczas gdy F. R. C. S. było tylko 1.186). Jak powiedzieliśmy wyżéj, wielu licencyjatów i członków kolegijów posiada i kwalifikacyję uniwersytecką. Większa niż na lądzie stałym łatwość w otrzymywaniu pozwolenia na praktykę jest przyczyną stosunkowo wielkiéj liczby lekarzy a zarazem braku klasy cyrulików leczących, natomiast nie brak szarlatanów pomiędzy praktykami lekarzami. Ta ostatnia okoliczność była powodem, że dodano kilka paragrafów do regulaminu dla członków królewskiego kolegijum, paragrafów z dziedziny etyki, przedstawiających elementarne zasady stosunków koleżeńskich a mające tę wyższość nad naszym niezbyt fortunnym projektem etyki lekarskiéj, iż przedstawiają określoną pod względem praktycznym formę i cel ściśle określony, albowiem obowiązują bezwarunkowo wszystkich posiadających tytuł członków (licencyjatów paragrafy te nie obowiązują). Według tego regulaminu wymaganą jest dyskrecyja względem niektórych obrad w kolegijum; każdy członek przepisując środek pacyjentowi obowiązany jest oznaczyć datę, nazwisko pacyjenta i pierwsze litery własnego nazwiska. Podczas narady lekarskiéj, którą należy odbywać z nadzwyczajną delikatnością, lekarz nie powinien przepisywać lekarstwa, ani wyrażać w obec pacyjenta lub otaczających jakiéjkolwiek opinii, zanim narada nie zostanie ukończoną. Lekarz, który był pierwszy wezwany, pisze receptę i podpisuje najpierw pierwsze litery nazwisk kolegów zaproszonych na konsultacyję i na końcu własne inicyjały. W razie różnicy zdań wymaganą jest jak największa pobłażliwość, sam zaś fakt różnicy ma być jak najostrożniéj zakomunikowany pacyjentowi lub otaczającym, przez lekarza najpierw wezwanego. Żaden członek nie może ofiarować pomocy swéj pacyjentowi, o którym wie, że znajduje się w kuracyi innego kwalifikowanego praktyka. Żaden członek Kolegijum nie może się zajmować przemysłem, zawierać spółkę z aptekarzem lub innym lekarzem itp. Żaden z noszących tytuł Fellow nie może opuścić posiedzenia Kolegijum przed końcem sesyi bez pozwolenia prezesa. Nadto każdy z członków, a nawet każdy licencyjat, obowiązany jest na żądanie prezesa lub cenzorów wyjawić skład używanego leku.

Licencyjaci mają prawo wydawać leki tylko własnym pacyjentom i nie powinni pod żadnym pozorem używać tytułu członka kolegijum. Jeżeli okaże się, iż którykolwiek członek lub licencyjat podstępem otrzymał ten tytuł, lub popełnił publicznie przestępstwo moralne, narażając na szwank honor zawodu, albo wreszcie naruszył paragraf ustawy, wówczas może być ukarany naganą, karą pieniężną lub wyłączeniem z grona członków.

Z przytoczonych ustaw wynika, że licencyjaci pozornie mają prerogatywy materyjalne w obec członków Kolegijum, którym ograniczono sposoby zarobkowania. W istocie atoli, rzecz tę należy inaczéj pojmować. Wprawdzie licencyjaci i inni tak zwani praktycy ogólni (*General practitioners*) pospolicie używający miana *Surgeon* mają prawo kandydatury

[1]) Królewskie kolegijum chirurgów w Londynie posiada, jak wiadomo, najwspanialsze na świecie muzeum medyczne.

do większéj liczby, lubo mniéj korzystnych, posad, mogą zawierać współkę z aptekarzami itp. [1]) atoli tytuł zwykle posiada pewne znaczenie, podwyższa, że tak powiem, stanowisko lekarza w społeczeństwie i nadaje mu niejako prawo do pobierania większéj zapłaty za czynności lekarskie; cena wizyty wynosząca gwineę, czyli 13 zła., nie uchodzi za nazbyt wygórowaną u znacznéj liczby członków; najpiękniejsze ulice West-Endu w Londynie są przez nich zamieszkane.

Kierunek działalności lekarzy jest przeważnie praktyczny; pojęto tam bardziéj niż na lądzie stałym, że lecznictwo przedstawia sztukę nie zaś naukę; uczonych w ścisłém znaczeniu tego wyrazu, jest, jak wiadomo, pomiędzy lekarzami angielskimi nie wielu i najczęściéj nie zajmują się oni praktyką lekarską. Przytém naukowe badania lekarzy angielskich posiadają, jak wiadomo, cechy odrębne od poszukiwań na lądzie stałym; posiadają one daleko więcéj samodzielności, mniéj natomiast wyczerpując literaturę, zarazem dotyczą pospolicie kwestyj najbardziéj żywotnych. Stosunkowo mniéj uwzględniają Anglicy literaturę obcą niż inne narody; z wyjątkiem małéj liczby pism sprawozdawczych (największą zapewne popularnością w ich liczbie cieszy się *„Medical Herald“*) pisma lekarskie składają się prawie wyłącznie z prac Anglików. Mówiąc o piśmiennictwie wspomnimy nawiasem, że redakcyje angielskie, których jest stosunkowo niewielka ilość, cieszą się w ogólności o tyle wielkiém powodzeniem finansowém, iż bez wątpienia przewyższają pod tym względem o wiele redakcyje pism zawodowych na lądzie stałym; *„Lancet“* i *„British Medical Journal“* posiadające więcéj niż po 10.000 prenumeratorów, zasługują w całém znaczeniu na nazwę bogatych, a biura redakcyj ich zajmują całe domy w samém centrum Londynu.

Podobnie jak publikacyja bieżących prac naukowych skoncentrowaną jest przeważnie w tych dwóch pismach, propagowanie sztuki lekarskiéj żywém słowém i czynem koncentruje się w wielkiéj „korporacyi“ *„British Medical Association,“* która, jak zapowiada memoryjał Towarzystwa, ma na celu postęp lekarskich i innych nauk, a przytém i czuwanie nad honorem i prawami zawodu lekarskiego. Olbrzymia ta korporacyja, któréj członkowie wybierani są drogą polecenia i głosowania (tylko mężczyźni mogą być członkami Towarzystwa), odbywa mityngi w rozmaitych częściach kraju a corocznie ogólne zebrania, za każdym razem w innem mieście; pierwsze ogólne zebranie odbyło się w r. 1874 w Birminghamie. Widzieliśmy w ostatnich czasach, jak ważne kwestyje (np. zbiorowe badanie kwestyi zaraźliwości rozmaitych chorób itp.) były przez Towarzystwo to z powodzeniem podejmowane i przyznać należy, że korporacyja ta, któréj organem jest, jak wiadomo, *British Medical Journal*, przyczynia się w wysokim stopniu do postępu nauki lekarskiéj.

Dr. J. Polak.

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Drugie sprawozdanie niemieckiéj Komisyi, wysłanéj celem badania cholery.

Komisyja niemiecka nadesłała pod datą 10 listopada 1883 z Suezu drugie sprawozdanie, które według *Norddeutsche Allgemeine Zeitung* podajemy.

[1]) Apteki w Anglii nie odznaczają się wcale taką elegancyją i zbytkiem jak na lądzie stałym, są to raczéj kramy, w których częstokroć nawet stemple się sprzedają i przyjmują listy (filije pocztowe). W wielu znajduje się pokój konsultacyjny; zresztą istnieje dość znaczna liczba naukowo wykształconych aptekarzy, kwalifikowanych w Apotecary Hall, odpowiadającém królewskim kolegijum lekarzy i chirurgów.

„Z czynności Komisyi, od czasu pierwszego sprawozdania (dat. Aleksandryja 17 września), mamy donieść co następuje:

Jakkolwiek teraz już tylko pojedyncze wydarzały się przypadki cholery, to przecież przypadkowo mogliśmy zrobić jednę jeszcze sekcyję na zwłokach cholerycznego w szpitalu europejskim. Co do bakteryj w błonie śluzowéj jelit stwierdzono to samo, co w poprzednim przypadku.

Treścią jelit, jakotéż różnemi płynami, pochodzącemi już to od chorych cholerycznych, już téż ze zmarłych z cholery, robiliśmy różne próby szczepienia, używając najrozmaitszych modyfikacyj. Szczególniéj robiono próby szczepienia przez wstrzykiwanie do jak najwyższych części kiszki odchodowéj, daléj przez zmięszanie materyi, służącéj do szczepienia z ziemią, wodą, pozostawienie jéj aż do zeschnięcia na różnych materyjach i po pewnym czasie podawanie jéj małpom, psom, myszom i kurom. Wszystkie te doświadczenia, podobnie jak dawniéj wykonane, dały wyniki ujemne.

Skoro skończono prace powyższe, a nie było nadziei, aby się jeszcze nadarzyła sposobność sekcyi zwłok cholerycznych, udała się Komisyja dnia 16 października do Kairu. Narzędzia, przyrządy, zbiory okazów patologicznych, o ile zachodziła potrzeba, wysłano do Suezu, aby je ztamtąd do Indyj zabrać. W czasie pobytu Komisyi w Kairze doniesiono o nowém wzmożeniu się epidemii w Aleksandryi. Komisyja jednakowoż uznała za niestósowne wracać do tego miasta, bo łatwo dało się przewidzieć, że nowy wybuch jest tylko chwilowym i nieznacznym.

Prócz tego ofiarowali się pp. Dr. Schiess Bey i Dr. Kartulis, że zajmą się zbieraniem możliwego materyjału sekcyjnego. Panowie ci nadesłali istotnie potrzebne okazy z czterech przypadków sekcyj zwłok cholerycznych.

Komisyja obrała początkowo jako dalszą stacyję dla poszukiwań Bombay, ponieważ tam w sierpniu i w pierwszéj połowie września wydarzały się dość liczne przypadki śmierci z cholery. Od tego czasu jednak epidemija zmniejszyła się i jak się zdaje zupełnie wygasła. Zdaniem różnych urzędników angielskich, dobrze obeznanych ze stosunkami indyjskiemi, wskazano nam jako najodpowiedniejsze miejsce do dalszych poszukiwań Kalkutę, bo w mieście tém prawie ciągle cholera mniéj lub więcéj panuje. Dla tego udałem się do W. Ekscelencyi z prośbą o zezwolenie na podróż do Kalkuty.

Nim jednak Komisyja Egipt opuścić miała, uważaliśmy za rzecz nader wielkiéj wagi kilka jeszcze kwestyj poddać starannemu badaniu.

Przedewszystkiém chodziło o to, czy zapatrywanie wygłoszone z wielu stron, że tegoroczna cholera nie została zawleczoną z Indyj, lecz że w samym Egipcie powstała, jest słusznem; i czy zatém na przyszłość należałoby uważać Egipt na równi z Indyjami pod względem powstawania tak niebezpiecznéj zarazy. Aby w tym względzie można wydać jakiś sąd, udała się Komisyja jeszcze 6 października z Aleksandryi do Damiety, gdzie był początek wybuchu epidemii, i na tém miejscu w ciągu kilku dni robiła nader staranne poszukiwanie nad początkiem zarazy.

Wynik tych badań Komisyja zamierza późniéj ogłosić. Ważniejszém pytaniem było jeszcze, o ile skuteczną jest kwarantana i o ile zachodzi możliwość zawleczenia cholery przez pielgrzymów udających się lub wracających z Mekki. Komisyja zajmowała się temi sprawami jeszcze w czasie pobytu w Aleksandryi i w tym celu dokładnie zwiedziła urządzenia kwarantany w Gebari i Meks, koło Aleksandryi, jakotéż podobnego zakładu, leżącego przy ujściu wschodniego ramienia Nilu obok Damiety.

Skoro jednak doniesiono o wybuchu cholery między pielgrzymami w Mekce i wydano rozporządzenie, że pielgrzymi przybywający z Djeddach mają odbyć kwarantanę w Tor, uważaliśmy za obowiązek skorzystać z téj tak sprzyjającéj okoliczności. Ponieważ jednak nie ma bezpośredniéj komunikacyi z miejscami, przeznaczonemi dla kwarantany na brzegu Morza czerwonego, udaliśmy się więc do rządu egipskiego z prośbą o ułatwienie zwiedzenia tych miejsc. Na prośbę generalnego konsulatu niemieckiego Kedyw oddał do rozporządzenia Komisyi parowiec „Damanhus.“ Komisyja musiała się poddać najprzód dłuższéj kwarantanie w Djedach. 30 października udała się Komisyja z Kairu do Suezu, 31 przybyła do Tor 2 listopada udała się do El Wedj, a 6 t. m. powróciła do Suezu, po drodze odwiedziwszy jeszcze raz kwarantanę w Tor, i zwiedziwszy kwarantanę przy źródłach Mojżesza nieopodal Suezu. Wycieczka ta była nader

pouczającą. Przy pierwszém zwiedzeniu Tor mieliśmy sposobność widzieć miejsca przygotowane dla kwarantany, lecz jeszcze niezajęte. Tegoż dnia przybył parowiec austr. Lloyda z 500 pielgrzymami. Według podania lekarza okrętowego wszyscy byli zdrowi. Śród przeprowadzania jednak pielgrzymów do namiotów okazało się, że kilku pielgrzymów jest ciężko chorych i podejrzanych o cholerę, tak że ich natychmiast odesłano do szpitala. Podczas drugiego zwiedzenia Tor przybył drugi okręt pielgrzymów. W obu oddziałach pielgrzymów wybuchła cholera, Komisyja poczyniła wiele ważnych spostrzeżeń w czasie zwiedzenia zakładów kwarantany w Tor, El Wedj i u źródeł Mojżesza. Komisyja zda sprawę z tych spostrzeżeń późniéj. Komisyja wraz z wszystkiemi bagażami musiała się poddać dezinfekcyi w czasie powrotu do Suezu.

Prócz tych kwestyj, stojących w bezpośrednim związku z cholerą, zajmowała się Komisyja badaniem przedmiotów w związku stać mogących, jak np. wodociągami, przesączaniem się wody, wpływem opadania lub wznoszenia się wody w Nilu, pogrzebami, zanieczyszczeniami ziemi, stosunkami meteorologicznemi itd.

Daléj zebrano wiele ciekawych spostrzeżeń sekcyjnych dotyczących dysenteryi, gruźlicy, *distomum haematobium*, *anchylostomum duodenale*, *filaria sanguinis hominis* itd.

Badano także 50 chorych na zapalenie oczu. Przekonano się, że mianem egipskiéj choroby ócz chrzczą dwie choroby. Jedna z tych chorób złośliwsza znamionuje się znajdowaniem się bakteryj nader podobnych do gonokokow i prawdopodobnie identycznych. W drugim procesie chorobowym, łagodniéj przebiegającym, znajdowano w ciałkach ropy nader małe bacyle.

Zaraza bydlęca występowała w ostatnich miesiącach w dolnym Egipcie tylko w przypadkach odosobnionych. Komisyja zajmowała się badaniem i téj choroby. Ω.

Ω Angielski komitet wydelegowany do zbierania spostrzeżeń nad zaraźliwością suchot płucnych, ogłosił już pierwsze sprawozdanie. Redaktorami tego sprawozdania są proff. Humphry i Mahomed. Jak wiadomo, komitet ów rozesłał do lekarzy angielskich blankiety z następującemi pytaniami: 1) czyś Pan kiedy miał w obserwacyi przypadki, w których niewątpliwie było wiadomém przeniesienie przyrzutu gruźlicy z jednéj osoby na drugą? 2) jeżeliś Pan więcéj niż jeden przypadek widział, to podaj Pan ich liczbę, 3) jeżeliś Pan widział takie przypadki, podaj Pan ich opis, mianowicie *a)* czas obserwacyi, *b)* stopień możliwego pokrewieństwa między dotyczącemi osobami, *c)* czy nie zachodziło w rodzinie chorego usposobienie dziedziczne? Na powyższe pytania nadesłano komitetowi 1078 odpowiedzi, z których jednakowoż 673 było niedokładnych i niedających się użyć. Z przypadków pozostałych w 119 stwierdzono przeniesienie gruźlicy z męża na żonę, w 69 z żony na męża. W przypadkach tych było wykluczoném wszelkie usposobienie rodzinne. W 32 przypadkach wspomniano o przeniesieniu gruźlicy z jednego z rodzeństwa na drugie. W tych 32 przypadkach w 27 było wykluczoném dziedziczne usposobienie, w 5ciu zaś nie ma o usposobieniu żadnéj wzmianki. W 18 przypadkach podano przeniesienie gruźlicy z rodziców na dzieci z wykluczeniem dziedzicznego usposobienia. Nader mało nadesłano odpowiedzi, któreby potwierdzały przeniesienie gruźlicy na osoby niespokrewnione ze sobą. Spostrzeżenia dodatne w tym kierunku dotyczą osób, żyjących w nader bliskich ze sobą stosunkach, np. w odpowiedzi l. 242 jest mowa o młodym człowieku, który nie miał usposobienia do suchot, a nabył go sypiając w jedném łóżku z chorym przyjacielem. Podobnie w 244 przypadku terminator bez usposobienia, sypiający w jedném łóżku z chorym majstrem. W innym znów przypadku (252) młoda osoba sypiała w małym pokoju ze swoją chorą guwernantką i aż do śmierci jéj nie opuszczała. W przypadku 255 podaném jest, że trzy dziewczyny uczyły się krawiectwa u choréj na suchoty krawcowéj. U wszystkich trzech nie było można wykazać najmniejszego dziedzicznego usposobienia. Wszystkie trzy umarły w ciągu lat trzech z gruźlicy płuc. Z wszystkich tych przypadków widoczném jest, że jeżeli zaraźliwość gruźlicy płuc istnieje, to tylko pośród szczególniéj sprzyjających okoliczności, i przy nader bliskiém stykaniu się z osobami choremi.

Ω Frekwencyja uczniów uniwersytetu Berlińskiego wynosi w bieżącém półroczu 4635 (w r. zeszłym 4062). W Lipsku wynosi 3443, w Hali 1585, w Gietyndze 1064, w Bonnie 1037, w Królewcu 909, w Kielu 373. Na Wydziale lekarskim uniwersytetu berlińskiego zapisanych jest 878 uczniów. Z obcokrajowców jest imatrykulowanych 74 Rosyjan, 52 Szwajcarów, 42 Austryjaków, 34 Węgrów, 80 Amerykanów, 3 z Afryki i 9 z Azyi.

Ω Ciekawy fakt podnosi *Statist. Jahrbuch f. Königr. Sachsen 1883* Od r. 1857 do 1881 wydarzyło się w Saksonii ogółem 17,645 różnych nieszczęśliwych przypadków, z czego 43,52 procent było następstwem pijaństwa, Liczba samobójstw w Saksonii wzrosła od r. 1857 do 1881 z 485 na 1248.

Ω Podług raportów rady kwarantanowéj w Aleksandryi w czasie od 14 października do 1 listopada było w Mekce 446 przypadków śmierci z cholery. Ponieważ pielgrzymka już się skończyła, epidemija także znacznie zmniejszyła się. W kwarantanie w mieście Tor do 5go listopada stwierdzono 19 przypadków cholery; do 10 listopada zaś umarło tam z cholery 7 ludzi. W Aleksandryi zmarło w ciągu czasu od 18 listopada do 3 grudnia 100 osób z cholery.

S t a t y s t y k a e p i d e m i j. W tygodniu od 16—22 grudnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 27,8. Z ospy umarło 1 (3 z. t.); z odry 2 (1 z t.); z płonicy 4 (3 z. t.); z róży 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospy, 1 płonicy, 1 duru brzusznego, 1 duru osutkowego. W tygodniu od 9—15 grudnia umarło w Londynie z ospy 2, leczyło się w szpitalach 81, świeżo zapadło 32. W Budapeszcie, Brukseli, Glasgowie, Walencyi i Granadzie umarło po 1, w Wiedniu, Paryżu, Londynie, Petersburgu i Lizbonie po 2, w Liverpolu 3, w Birmingham 4, w Nowym Orleanie 5, w Warszawie i Madrycie po 6, w Murcyi 9, w Maladze 20, w Pradze 34. Z duru osutkowego umarło w Wiedniu, Warszawie, Murcyi, Saragosie i Lizbonie po 1, w Maladze 2, w Petersburgu i Madrycie po 3.

S t a t y s t y k a ś m i e r t e l n o ś c i. W tygodniu od 9—15 grudnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 38,6; w Warszawie 27,8; w Wiedniu 25,4; w Budapeszcie 21,9; w Pradze 32,4; w Berlinie 22,5; w Hamburgu 24,9; w Gdańsku 23,2; w Mnichowie 29,3; w Dreźnie 20,6; w Lipsku 27,2; w Bazylei 22,6; w Brukseli 26,2; w Amsterdamie 31,6; w Hadze 18,2; w Paryżu 24,5; w Londynie 22,7; w Kopenhadze 26,4; w Stokholmie 22,9; w Chrystyjanii 20,0; w Petersburgu 29,6; w Odesie 34,7; w Rzymie 18,8; w Wenecyi 28,2; w Bukareszcie 27,6; w Madrycie 30,2; w Lizbonie 30,0; w Aleksandryi 42,1; w Nowym Yorku 25,9; w Filadelfii 22,7; w Rio de Janeiro 49,0; w Bombayu 22,7. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 3 stycznia. Przystępując do pracy w roku właśnie rozpoczynającym się poczytujemy sobie za obowiązek przypomnienia strat, które nauka i zawód lekarski poniosły w roku minionym. Z lekarzy bardziéj znanych zmarli: anatomowie: Bochdalek, Pacini i Reichert, antropolog Bertillon; fizyjologowie Stannius i Valentin; farmakolog Steinauer; higijenista: Thuillier; klinicyści: Archambault, Beneke, Cloquet, Costa Alvarenga, Dubois, Farr, Filhol, Graf, Heusinger, Krishaber, Marchant, Spillmann, Veit, Watson; chirurgowie: Barnes, Baum, Bruns, Buren, Corvisart, Druitt, Gotthardt, Michel, Krausold, Kwaśnicki, Sedillot, Wernher; położnicy: Depaul, Funk, Hecker, Horwic, Schöller, Marion Sims; okuliści: Hawranek, Kaempf, Nemetschek, Vladescu; syfilidologowie: Rinecker, Sigmund; dentyści: Albrecht, Tanzer; pedyjatrzy: Gunz, Parrot, Ritter-Rittershain; newropatologowie: Beard, Weiss; psychijatrzy: Lasègue, Maresch; weterynarz: Bruckmüller; fizyk Listing i mechanik Luër. Z lekarzy rodaków umarli: Andrzejewski, Brüner, Buszyński, Chełmiński, Dybek, Ebersohn, Haszczyc, Jachimowicz, Kryda, Maćkiewicz, Mossór, Nowakowski, Nowiński, Pankiewicz, Piramowicz, Pietraszewski, Piotrowski, Rontal, Rauch, Sochacki, Starynkiewicz, Świrski, Szablewski, Troczewski, Wesołowski. Cześć ich pamięci!

* Otrzymaliśmy zeszyty 3 i 4 dzieła: *„Biographisches Lexicon“*, wydawanego pod redakcyją pp. Hirscha i Wernicha przez księgarzy wiedeńskich Urbana i Schwarzenberga. Znając energiję niezwykłą téj firmy wiedeńskiéj niewątpiliśmy, że i to wydawnictwo posunie się bez przerwy naprzód i to szybkim krokiem. W zeszytach nowo wydanych znajdujemy życiorysy począwszy od Appollophanesa aż do Bartelsa, a pomiędzy niemi i krótki życiorys Badurskiego, napisany przez prof. Oettingera. Pod tytułem: *„Arabische Medicin, arabische Aerzte“* podaje prof. Hirsch (str. 162—180) rys ogólny medycyny arabskiéj a następnie żywoty głównych jéj reprezentantów w liczbie 24, a pomiędzy nimi sławnych: Mesuego starszego i młodszego, Razesa, Albukasima, Awicenny, Serapionów, Awenzoara, Awerroesa i Maimonidesa. Daléj znajdujemy w tych zeszytach bijografije Areteusa, Arlta, Asellicgo, Asklepiadesa, Auenbruggera, Baera, Bäumlera, Bambergera, Bardelebenów, Barkowa i t. d. Nie pominięto i filozofów Arystotelesa i Bakona, a przynajmniéj zaznaczono wpływ ich na nauki lekarskie. Ciekawym jest życiorys Gwidona Baccellego, obecnego ministra oświecenia w Rzymie. Syn Antoniego B., znakomitego lekarza praktycznego, urodził on się d. 25 listopada 1832 w Rzymie, uczęszczał na wydział lekarski w Pawii a w r. 1852 uzyskał w Rzymie stopień doktorski. W r. 1856 mianowany został tamże profesorem medycyny sądowéj, a w kilka lat późniéj otrzymał katedrę anatomii patologicznéj, utworzoną za jego usilném staraniem. Po r. 1870 mianowany został profesorem kliniki lekarskiéj, a zostawszy w r. 1881 ministrem oświecenia zatrzymał tę katedrę dla siebie, poruczając tylko zastępstwo jednemu z profesorów nadzwyczajnych. Od r. 1875 członek izby deputowanych już w przeciągu roku uznany został kierownikiem stronnictwa postępowego i miał sobie dwukrotnie ofiarowaną tekę ministra oświecenia, którą przyjął dopiero za trzecim razem. Jako minister położył już ogromne zasługi koło oświaty narodowéj.

* Niezadługo Izbie poselskiéj włoskiéj Minister oświecenia Bacceli przedłoży projekt ustawy zmierzającéj do reformy uniwersytetów włoskich. Na 27 milijonów mieszkańców Włochy posiadają obecnie 21 uniwersytetów, z których tylko 8 większych (w Turynie, Pawii, Padwie, Pizie, Bononii, Rzymie, Neapolu i Palermo) zasługuje na miano wszechnic, podczas gdy reszta (np. w Cagliari, Sassari, Maceracie, Camerinie, Urbinie itd.) nazywają się uniwersytetami drugorzędnemi, a są raczéj pokątnemi i żywotności pozbawionemi. Największą liczbę uczniów (4000) wykazuje uniwersytet neapolitański, po nim turyński (77 profesorów i 1500 uczniów) rzymski i padewski (po 1000 uczniów), bonoński (800 uczniów i 76 profesorów).

Ω Rząd pruski wysłał asystenta prof. Neissera Dra Arninga z Wrocławia do Honolulu celem robienia poszukiwań nad trądem i nad przyczynami téj choroby.

Ω Zamek „Pharo“, który cesarzowa Eugenija oddała gminie Marsylii, zostanie przerobiony na szkołę lekarską. Magistrat przeznaczył na pierwsze potrzeby 1,200.000 franków. Do nowéj Wszechnicy powołano już D'Arsouvala, dyrektora laboratoryjum fizycznego w College de France, Malasseza, również z College de France, wreszcie znanego higijenistę i epidemijologa p. Masé.

* **Odznaczenie.** Dr. Bowmann, okulista w Londynie, otrzymał godność baroneta. — Dr. Csatary w Budapeszcie otrzymał order korony żelaznéj 3éj klasy.

* **Wiadomości osobowe.** W roku upłynionym w Akademii lekarskiéj w Petersburgu 15 studentów rodaków otrzymało stopień lekarzy, a mianowicie pp. Ambrożewicz, Budkiewicz, Dyski, Familier, Leszczyński, Moraczewski, Niżycki, Oraczewski, Pawlikowski, Rodzewicz, Samucewicz, Świda, Szawłowski, Szymański i Zakrzewski. W Dorpacie stopień doktora medycyny uzyskał p. Jan Raum z Warszawy.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 51: Dobrzyckiego: O przenośnikach zarazy gruźliczéj (c. d.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 52: Szumana: Przyczynek do nauki o tetanii po wycięciu gruczołu tarczowego; Sokołowskiego: Jeszcze raz w kwestyi zaraźliwości, zapobiegania i leczenia suchot płucnych (Dok.); Florkiewicza: Niemota po obrażeniu głowy powyżéj skroni lewéj. — W *Medycynie* Nr. 52 Dobrzyckiego: O przenośnikach zarazy gruźliczéj (dok.).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie **we Środę** d. 9 bm. o godz. 6téj popoł. w Sali Akademii Umiejętn. **posiedzenie administracyjne** a we Czwartek o godz. 8méj odbędzie się **zebranie koleżeńskie.**

Na rzecz funduszu wdów i sierot po lekarzach galicyjskich złożyli pp. Drowie Józef Ulanowski w Lublinie i Kazimierz Krasuski w Nowo-Mińsku po 3 ruble, Adam Jentys w Lublinie i Ludwik Wiciejewski w Nowéj Aleksandryi po 2 ruble.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:				
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 12 stycznia 1884. № 2. Rok XXIII.

I. O leczeniu oderwania siatkówki i jego wynikach w klinice okulistycznéj Uniw. Jagiell.

Skreślił prof. Dr. Rydel.

Oderwanie siatkówki należy do najgroźniejszych, a jak dzisiaj wiemy, dość częstych chorób oka, podczas gdy w czasach przedwziernikowych znano je wprawdzie z poszukiwań anatomicznych, ale uważano za zjawisko rzadkie. Statystyka wykazuje, że na 100 chorych na oczy jeden cierpi na oderwanie siatkówki, jak często zaś staje się ono przyczyną zupełnéj utraty wzroku, powziąć to można z dochodzeń odnoszących się do badania przyczyn ślepoty w ogólności:

Oderwanie siatkówki jako przyczynę ślepoty znalazł:

Hirschberg	na 100 ślepych	4 razy,	czyli	4%
Katz w regencyi Düsseldorfskiéj	„ 810	„ 24	„	„ 2.96%
Katz w regencyi Poczdamskiéj i Frankfurckiéj	„ 245	„ 8	„	„ 3.26%
Stolte w poliklin. w Gryfii	„ 436	„ 38	„	„ 8.71%
Landesberg w Elberfeld i Barmen	„ 850	„ 38	„	„ 4.47%
Seidelmann w praktyce Cohna w Wrocławiu	„ 1000	„ 46	„	„ 4.60%
Razem	„ 3441	„ 158	„	„ 4.59%

Bremer (z kliniki Völckersa w Kielu) podaje 3·4% oślepłych skutkiem tego cierpienia.

Z liczb powyższych wynika więc, że na 22 oślepłych skutkiem wszystkich innych chorób ocznych przypada jeden, którego oderwanie siatkówki wzroku pozbawiło. Zważyć jednak należy, że liczby te, odnoszące się do ślepych na oba oczy, nie obejmują jeszcze całéj ilości ócz oślepłych skutkiem téj choroby.

Co do przyczyn tego tak groźnego dla wzroku cierpienia oka, to z wyjątkiem rzadkich stosunkowo przypadków pochodzenia urażnego nie jest ono zazwyczaj cierpieniem pierwotném, lecz następstwem ciężkich zmian chorobowych głębszych części oka, mianowicie naczyniówki, siatkówki i ciałka szklanego. Usposabiają zwłaszcza do niego w wysokim stopniu zmiany właściwe oczom krótkowidzącym, doświadczenie kliniczne uczy też, że oderwanie siatkówki napotykamy bez porównania najczęściéj u krótkowidzów wyższego stopnia. Gałęzowski znalazł na 211 przypadków zaledwie 13 razy budowę oka miarową lub nadmiarową, a Horstmann na 145 ócz z siatkówką oderwaną wykazał 125 razy wzrok krótki, tylko 4 razy nadmiarowy a 16 razy miarowy. Wynika z tego, że 90% wszystkich przypadków tego cierpienia napotykamy u krótkowidzów. Dość zgodnie z tém podaje Gradenigo, że 70% wszystkich przypadków dotyczy ócz niedomiarowych.

Dobrowolne przyrośnięcie oderwanéj siatkówki wydarza się tak wyjątkowo, że je do istnych białych kruków zaliczyć można. W całéj mojéj dotychczasowéj, 21-letniéj praktyce, obejmującéj kilkaset przypadków téj choroby raz jeden i jedyny widziałem takie samorodne wyleczenie. Zgadzają się na to wszyscy okuliści, a Mooren (*Fünf Lustren ophthalmologischer Thaetigkeit* 1882), który w 25 latach swojego zawodu spostrzegał z górą 100.000 chorych, między którymi było więcéj niż 1000 przypadków oderwania siatkówki, mówi wyraźnie, że wydarzył mu się tylko jeden przypadek dobrowolnego wyleczenia skutkiem przedarcia oderwanéj siatkówki podczas silnych wymiotów.

W takim stanie rzeczy oko, dotknięte tém cierpieniem a pozostawione samemu sobie, śmiało uważać można za stracone po dłuższym lub krótszym przeciągu czasu, w którym wzrok wśród częstych wahań to szybciéj to wolniéj ale nieubłaganie coraz to bardziéj upada, nie mówiąc już o niezbyt rzadkich przypadkach oślepnięcia nagłego lub w ciągu dni kilku.

Dawniejsze zabiegi lecznicze polegały na stósowaniu całego zasobu środków przeciwzapalnych, odciągających i

podniecających chłonienie, jak: miejscowe upuszczenia krwi za pomocą pijawek lub przyrządu Heurtloupa, leki czyszczące, wcieranie rtęci, przetwory jodu, ostre kąpiele nożne, pryszczydła i zawłoki. Za pomocą tych środków udawało się tu i owdzie osiągnąć pewien stopień polepszenia a przynajmniéj powstrzymać zbyt szybki upadek wzroku i odwlec ostateczną jego utratę, rzeczywiste wyzdrowienie wydarzało się jednak arcyrzadko, tak, iż wyniki leczenia nie mogły ostatecznie zadowalniać. Pierwszą myśl leczenia chirurgicznego podał Sichel (1859). Radził on mianowicie przekłowanie twardówki w miejscu odpowiadającém oderwaniu i wypuszczanie cieczy podsiatkówkowéj, zrazu tylko jako środek kojący gwałtowne bóle w późnych okresach choroby, w tym samym jednak jeszcze roku wypowiedział on nadzieję, że stósując ten sposób w wczesnych okresach choroby uda się może oderwanie siatkówki leczyć zupełnie i trwale. Sam Sichel nie wykonał atoli operacyi nigdy w ostatnim celu. Uczynili to dopiero Kittel (1860) i Arlt, któremu w kilku świeżych przypadkach udało się osiągnąć zupełne i trwałe przylgnięcie oderwanéj siatkówki. Ten zabieg operacyjny mało rozpowszechniony, popadł jak się zdaje wkrótce w zupełne zapomnienie, zwłaszcza gdy Graefe (1863) dostrzegłszy w kilku przypadkach pomyślny wpływ dobrowolnego rozdarcia oderwanéj siatkówki na dalszy przebieg choroby, zaczął naśladować przyrodę rozcinając oderwaną siatkówkę z przodu ku tylowi za pomocą igiełki wprowadzonéj przez twardówkę, naczyniówkę i ciałko szklane. Graefe sam wykonał tę operacyję więcéj niż 50 razy; w połowie z nich osiągnął on wprawdzie polepszenie ale tylko przemijające, a zaledwie w 4 przypadkach stwierdzić mógł wybitną poprawę, która utrzymywała się jeszcze po upływie roku. Wobec małéj skuteczności dawnego leczenia wyniki te względnie pomyślne zjednały nowemu sposobowi operowania wkrótce szeroki rozgłos i zachęciły do naśladowania. Zaczęto niebawem ogłaszać przypadki mniéj lub więcéj znacznego polepszenia a nawet zupełnego wyleczenia. Jeden taki przypadek operowany przez Arlta, w którym po upływie więcéj niż roku przekonać się mogłem o trwałości doszczętnego wyzdrowienia, ogłosiłem w roku 1866. Secondi (1870) podał do wiadomości przypadek zupełnego wyleczenia, utrzymującego się jeszcze po $5\frac{1}{2}$ latach. Prócz tego Arlt wspomina w swojéj nauce o operacyjach ocznych (1874) o dwóch przypadkach wyleczenia, z których jeden jest zapewne ogłoszony przezemnie. Mimo skrzętnego przejrzenia odnośnéj literatury nie udało mi się napotkać więcéj tak szczęśliwych przypadków, natomiast Hansen (1871) na podstawie 20 z górą przypadków przez się operowanych poddał przekłówanie siatkówki krytyce, która go do bardzo niepomyślnych wyników doprowadziła. Inni ogłosili liczne przypadki, w których operacyja, wykonana nawet w warunkach korzystnych, nie odpowiedziała oczekiwaniom, a co gorsza Hirschmann, Hasner, Arlt i inni spostrzegali przypadki, w których ten zabieg operacyjny dał powód do rozlanego zaćmienia ciałka szklanego z rozległém następnie przeobrażeniem łącznotkankowém, a nawet do zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego z utratą wzroku. Takie doświadczenia sprawiły, że operacyję Graefego wykonywano coraz rzadziéj a w końcu zupełnie zaniechano.

Na tém nie skończyły się jednak usiłowania, skierowane ku wynalezieniu skuteczniejszych sposobów leczenia oderwanéj siatkówki. Nie zamierzając pisać wyczerpującéj historyi tego przedmiotu poprzestanę na pobieżnym zarysie różnych pomysłów leczniczych, jak one się w porządku czasu pojawiły. Wecker (1870) połączył przekłócie twardówki z przecięciem siatkówki. Gałęzowski (1872) zagłobił w jednym przypadku oderwaną część siatkówki w ranę twardówkową *(enclavement)*, w innym wstrzyknął nastój jodowy pomiędzy naczyniówkę i siatkówkę, celem wywołania zapalenia zlepnego a skutkiem tego zrośnięcia się tych dwóch błon oka, w licznych wreszcie przypadkach wykonał irydektomiję, jak twierdzi, ze skutkiem pomyślnym. Adolf Weber okazał Arltowi w roku 1873 narzędzie służące do przekłówania siatkówki, którego od lat kilku używał w stósownych przypadkach. Jest to rodzaj strzykawki Pravaza, któréj kolec składa się z dwóch rurek tak z sobą spojonych że tworzą jednę igiełkę. Jedna rurka jest dłuższą, druga krótszą. Kolec ten wbija się przez twardówkę w miejscu oderwania siatkówki, tak, iż dłuższa rurka przekłówa siatkówkę i wchodzi aż do ciałka szklanego, krótsza sięga tylko do przestworu podsiatkówkowego. Ostatnia przeznaczona jest do odpływu cieczy podsiatkówkowéj, przez dłuższą wstrzykuje się płyn do ciałka szklanego celem wyparcia cieczy pod siatkówką zebranéj. Łasiński, Samelsohn, Arlt (1874) widzieli pomyślne wyniki leczenia, polegającego na leżeniu wznak i ucisku wywieranym za pomocą opaski. Wecker 1876 zakładał rodzaj zawłoki (*anse à filtration*), przeprowadzając pętlę z jednego lub kilku cieniutkich drucików złotych przez twardówkę i naczyniówkę celem utrzymania ciągłego odpływu cieczy podsiatkówkowéj. Alfred Graefe (1877) powrócił znów do przekłówania twardówki według Sichla. Uskutecznia on je za pomocą wązkiego nożyka zaćmowego, którym przekłówa twardówkę w miejscu oderwania bez nadwerężenia jednak siatkówki i ciałka szklanego, a skręcając nożyk koło jego osi rozdziawia rankę i wypuszcza ciecz pod siatkówką nagromadzoną. Mniéj więcéj równocześnie Mc'Keown wyciął w jednym przypadku nożykiem Graefego w miejscu oderwania kawałek twardówki i naczyniówki objętości 2 mm., poczém zeszył rankę spojówkową, skutkiem czego udało mu się osiągnąć znaczne polepszenie. Gałęzowski (1877) leczy oderwanie siatkówki w przypadkach chorób naczyniówki przez aspiracyję płynu podsiatkówkowego za pomocą małéj strzykawki. Secondi (1878) podaje operacyję zwaną hydrodictytomiją, polegającą na poprzecinaniu siatkówki według Graefego i równoczesném przekłóciu twardówki. Kiedy w r. 1875 udało się otrzymać z jaborandy alkaloid pilokarpinem zwany, zaczęto go niebawem jako *pilocarpinum muriaticum* stósować w postaci wstrzykiwań podskórnych w różnych chorobach oka, mianowicie głębszych jego części. Nie wiadomo mi na pewne, kto pierwszy używał go w przypadkach oderwania siatkówki, ale począwszy od roku 1878 leczenie tym środkiem rozpowszechniło się szybko w połączeniu z opaską uciskową i leżeniem wznak. Obok tego nie porzucono jednak i leczenia chirurgicznego, które stósowano już to samo przez się, już też w połączeniu z pilokarpinem i innemi środkami. Nie brakło też i nowych pomysłów operacyjnych. I tak Schöller (1879) poruszył myśl przyszywania oderwanéj siatkówki za pomocą katgutu, a jakkolwiek nie wykonał jéj u człowieka, robił przecież w téj mierze doświadczenia na zwierzętach, które jak sądzi uprawniają go do zastósowania tego zabiegu operacyjnego dla próby u człowieka w przypadku, w którym nie będzie już nic do stracenia. Abadie (1881) uciekł się do nakłówania galwanicznego celem wzniecenia ograniczonego zapalenia zlepnego. Tym sposobem udało mu się w dwóch na sześć przypadków osiągnąć skutek pomyślny i trwały. Wec-

ker i Masselon upomnieli się o pierwszeństwo tego pomysłu przyznając zresztą, że wyniki tego sposobu leczenia były bardzo różne. (C. d. n.)

II. Przyczynek do kazuistyki uszkodzeń wątroby.

Podał **Dr. Bronisław Longchamps** (syn) we Lwowie.

Urazy wątroby, szczególnie rany kłóte i cięte, należą niezaprzeczenie do najrzadziéj spostrzeganych i opisywanych uszkodzeń. Podług zestawienia L. Mayera (*Die Wunden der Leber und Gallenblase*. München. 1872) ogólna liczba przypadków, które w literaturze chirurgicznéj od Hipokratesa począwszy aż do naszych czasów kiedy niekiedy się pojawiały, nie wynosi wiele więcéj nad 270; jestto cyfra nadzwyczaj niska na tak długi okres czasu w obec umiejscowienia tego narządu dla wszystkich urazów tak łatwo przystępnego. Jeszcze bardziéj zadziwić nas musi ta niska cyfra, jeżeli ją porównamy z wykazaną ilością uszkodzeń serca, która podług Fischera w tym samym okresie czasu wynosi około 450 przypadków. Pominąwszy, że przy zestawieniu dat statystycznych niejeden przypadek w literaturze bywa przeoczony, wchodzi tu szczególnie w rachubę ta okoliczność, że wiele przypadków uszkodzeń wątroby z powodu natychmiastowéj śmierci przez ujście krwi lub wstrząs nie nadaje się do spostrzeżeń naukowych; inne znowu przedstawiają objawy tak nieznaczne, że rozpoznanie urazu wątroby zdaje się wątpliwém albo wcale niemożebném.

W obec tego widocznego niedostatku w kazuistyce téj drobnéj gałązki naszéj wiedzy chirurgicznéj uważam sobie poniekąd za obowiązek opisać przypadek urazu wątroby, który z końcem roku 1882, zastępując prymaryjusza oddziału chirurgicznego w tutejszym szpitalu, miałem sposobność spostrzegać.

Jędrzéj Doimka, parobek 23 lat liczący, otrzymał wśród bójki szynkownéj w nocy z 20 na 21 listopada dwa pchnięcia nożem kończastym w okolicę prawego podżebrza. Silny krwotok, który powstał, starano się na miejscu wstrzymać za pomocą ucisku szmatami, poczém uszkodzony przebywszy półtoramilową przestrzeń pieszo przybył dnia 21 listopada 1882 o godzinie 8éj rano do naszego oddziału. Pół godziny późniéj oglądałem go i znalazłem stan następujący: Chory silnéj budowy ciała, leży blady, niespokojny, chwilami pokaszluje, przyczém ma oddech znacznie przyspieszony, ciepłota 35·5, tętno 140 na minutę. Shock. Na twarzy nie ma ani śladu żółtego zabarwienia. W prawém podżebrzu, mianowicie 6cm. na prawo od linii środkowéj a 2cm. poniżéj łuku żebrowego, znajduje się rana 2cm. długa ukośna, z któréj po usunięciu ucisku wypływa dość silnym prądem krew ciemna żylna; 6cm. poniżéj niéj przedstawia się druga rana około 2½cm. długa a w niéj uwięźnięty kawałek sieci brzusznéj wielkości jaja gęsiego, brzegi ran równe. O ile z powierzchownego obejrzenia wnosić było można, kierunek przewodu rany górnéj był ukośny, mianowicie od lewéj ku prawéj stronie z dołu i zewnątrz do góry i wewnątrz. Ze względów zasadniczych zaniechałem badania rany zgłębnikiem lub palcem. Bliższe oględziny wykazały w okolicy rany górnéj prócz bolesności nieprawidłowe stłumienie wypuku, które się rozciągało na przestrzeń 10cm. około rany.

Po staranném oczyszczeniu ran i całego brzucha mydłem i 5% roztworem karbolu włożyłem w górną ranę dren średniéj grubości a bokami wypełniłem gazą jodoformową; równie i dolną ranę wraz z wypadniętym kawałkiem sieci, który u chwyciłem w klamrę Spencer-Welsa, zostawiając go własnemu oddzieleniu się opatrzyłem jodoformem; poczém na cały brzuch nałożyłem typową oprawę Listera, nadając jéj mierny ucisk za pomocą opaski elastycznéj. Nadto zaleciłem wewnętrznie 0·03 *Extr. opii aq.* trzy razy dziennie.

Tego samego wieczora ciepłota 37, tętno 120, oddech ciągle przyspieszony, chory uskarża się na gwałtowny ból w prawém podżebrzu.

22/11, t. j. na drugi dzień, opatrunek nieprzesiąknięty, ciepłota 37, tętno 120, na twarzy widoczne ślady żółtaczki, zresztą stan ten sam jak wczoraj. Wieczorem ciepłota podniosła się do 38, tętno 104, jednorazowe wymioty żółciowe.

23/11 chory skarży się na coraz gwałtowniejszy ból w okolicy wątroby, żółtaczka występuje coraz wyraźniéj, ciepłota 37·5, tętno 90; oprawa przesiąknięta; I zmiana: dużo krwawéj przesączyny, rany bez najmniejszego odczynu zapalnego; z rany górnéj za pociśnięciem wypływa ciągle jeszcze ciecz krwawa ciemna; nieprawidłowe stłumienie wypuku w okolicy téj rany ustępuje, za dotknięciem także bolesność nieznaczna. Zaznaczyć tu wypada, że miejsce najdotkliwsze znajduje się kilka cm. na zewnątrz od rany górnéj. Po należytém oczyszczeniu opatrunek taki sam jak pierwszy.

Przez następne dwa dni żółtaczka na całém ciele coraz wybitniejsza; ciepłota waha się między 38 a 38·5, tętno między 90 a 120, dwukrotne wymioty, język chwilami wysychający, oddech nieco regularniejszy, chory uskarża się ciągle na ból w jedném i tém samém miejscu. 26/11 z powodu przesączyny i podwyższenia ciepłoty porannéj zmiana opatrunku. Rany pokrywają się ziarniną, dren z rany górnéj usunięto; wypadnięty kawałek siatki trzyma się jeszcze na szypułce. W sąsiedztwie ran, nawet przy znacznym ucisku, nie ma żadnéj bolesności; stłumienie nieprawidłowe w okolicy górnéj rany znika widocznie. Za to w miejscu, w którém chory najdotkliwszy ból uczuwa, przy staranném macaniu powierzchnią dłoniową wszystkich palców czuć można twardość niezwykłą w głębi, ponad którą powłoki brzucha łatwo przesuwać się dają; manipulacyja ta dla chorego jest nader bolesną. Między tém stwardnieniem, które robiło wrażenie guza, a nieprawidłowém stłumieniem wypuku w okolicy górnéj rany, nie było łączności. Zresztą w miarę przesączyny, stłumienie to widocznie ustępowało. Rozpoznałem ognisko zapalne pod powłokami brzucha zostawiając nierozstrzygniętém, czy ono należało do wątroby saméj, czy téż pochodziło z ograniczonego zapalenia otrzewny (*perihepatitis circumscripta*). Ponieważ objawów groźnych nie było, któreby do natychmiastowego energicznego postępowania zniewalały, a pragnąłem ażeby odgraniczenie tego ogniska od jamy brzusznéj było tém pewniejsze, wstrzymałem się od jakiegokolwiek rękoczynu zostawiając go sobie na późniéj. Stan chorego utrzymywał się mniéj lub więcéj w jednakowym stopniu aż do: 30/11. Z powodu podwyższenia ciepłoty poprzedniego wieczora do 39·5, zmieniłem oprawę; wejrzenie obydwu ran korzystne, wypadnięta sieć wraz z klamrą oddzieliła się. W miejscu, gdzie się znajduje wspomniana twardość, wyczuwa się już całkiem wyraźnie pod powłokami brzucha guz twardy, w środku nieco podatniejszy i niewyraźnie chełboczący. Natychmiast przystąpiłem do otwarcia tego niewątpliwie ropnego ogniska. Postępując ściśle antyseptycznie przeciąłem powłoki ponad guzem warstwowo i dostałem się w ten sposób do głębokiego gniazda ropnego, z którego wypłynęło około 80 gramów czystéj ropy. Okoliczność, że przy mier-

néj grubości ścian brzucha całą długością palca wskazującego mogłem wejść do wnętrza jamy, świadczy o głębokości siedziby ropnia. Po należytém przepłukaniu włożyłem do jamy dren grubości palca i nałożyłem opatrunek jodoformowy. Już tego samego wieczora spadła ciepłota do 37·8, tętno spokojne, bolesność znacznie mniejsza, w ogóle chory czuje ulgę.

Odtąd z każdym dniem polepszenie widoczne, żółtaczka znika, ciepłota nie przekracza 37°, sen i apetyt powróciły. Gojenie ropnia przewlekało się. Dopiero 20 grudnia, a zatém trzy tygodnie po przecięciu ropnia, można było usunąć dren; zupełne wygojenie nastąpiło w pierwszych dniach stycznia 1883, podczas gdy pierwotne rany już dawno się zabliźniły.

Chory opuścił szpital z trzema bliznami, z których dwie tuż poniżéj łuku żebrowego ku wewnątrz wciągnięte i prawie nieporuszalne, a trzecia w miejscu uwięźnięcia sieci łatwo przesuwać się dająca.

Wszystkie cechy tego uszkodzenia, mianowicie umiejscowienie, obfity krwotok żylny, stan ogólny chorego jakotéż uwzględnienie narzędzia, którém rana zadaną została, wzbudziły od razu podejrzenie, że rana górna drążyła do saméj wątroby, a jakkolwiek obecność rany drugiéj i wypadnięcie sieci brzusznéj wikłały poniekąd cały obraz uszkodzenia i jego objawów, to na podstawie własnego doświadczenia owych wybitnych symptomów wstrząsu samemu wypadnięciu sieci brzusznéj przypisać nie mogę. Dalszy przebieg chorobowy, jakoto: stłumienie nieprawidłowe w prawém podżebrzu, które naturalnie było wynikiem wybroczyny krwawéj pod powłokami brzucha, dotkliwy ból w okolicy wątroby, żółtaczka, ów głęboki ropień i pozostałe blizny wciągnięte i nieprzesuwalne, przekonały mnie, że moje pierwotne rozpoznanie było uzasadnione. Wnosząc z objawów i korzystnego przebiegu, przypuszczam, że tylko ostra krawędź powierzchni wypukłéj była uszkodzoną. Czy uraz ten dotyczył samego miąższu wątroby, czy téż tylko jéj powłoki surowiczéj, zostaje nierozstrzygniętém, równie jak i ta okoliczność, czy ropień ów był wynikiem urazowego zapalenia saméj wątroby czy téż ograniczonego zapalenia jéj powłoki.

Korzystny przebieg i zakończenie zawdzięczyć należy w wielkiéj części postępowaniu ściśle przeciwgnilnemu; że zaś pomimo tego przyszło do ropnego zapalenia, łatwo pojąć uwzględniwszy nieczyste narzędzie i doraźny opatrunek ze szmat, jaki w szynkowni był pod ręką.

Taki był przebieg uszkodzenia, który starałem się podać łaskawym czytelnikom ściśle przedmiotowo; na zakończenie jednak niech mi wolno będzie rzucić krótki pogląd na przebieg rokowania i leczenia urazów wątroby.

Ropnie wątroby jako odczyn zapalny po urazie są dość rzadkiemi zjawiskami (Nussbaum, Fischer, Mayer); dotychczas wykazano zaledwie kilkanaście przypadków ropni urazowych wątroby, z których zaledwie 6 zakończyło się pomyślnie. Otworzenie dobrowolne następowało zazwyczaj do jamy opłucnéj, jelit lub otrzewny, a tylko 3 razy przez powłoki na zewnątrz.

Przez długi czas przypisywano urazom wątroby bezpodstawną doniosłość; starożytni poczytując ten narząd jako *domicilium vitae* uważali choćby najlżejsze jego uszkodzenie za bezwzględnie śmiertelne. Mniemanie to trwało niemal do 18go stulecia. Dopiero późniejsi autorowie jak Ravaton, Theden, Hennen i Dupuytren przypuszczali możebność zagojenia ran wątroby, powikłanie jednak z uszkodzeniem torebki żółciowéj uważali za koniecznie śmiertelne. Liczne doświadczenia Holma, Josepha, Hüttenbrechera, Laviergea i Tillmansa wykazały możebność wygojenia, Emmert zaś Höring i inni dowiedli równie na podstawie doświadczeń, że i wylanie żółci do jamy otrzewny nie zawsze sprowadza zabójcze zapalenie otrzewny, co téż przypadki podane przez Paroissa, Stromeyera, Thompsona, Guthriego potwierdzają.

Śmierć następuje jużto natychmiast po uszkodzeniu w skutek ostréj niedokrewności albo wstrząsu, jużtéż w późniejszym okresie w skutek zapalenia otrzewny, ropnia wątroby, ropnicy, zapalenia płuc, opłucny lub osierdzia. Śmiertelność po zranieniach wątroby, mianowicie ran kłóto-ciętych, obliczył Mayer na niespełna 50%, gdyż na 51 przypadków było około 25 zejść śmiertelnych, należy jednak podnieść tę okoliczność, że wszystkie pochodzą z ery przedantyseptycznéj. Bezwzględnie śmiertelne są rany powikłane z uszkodzeniem większych naczyń lub przewodów, wątrobowego i żółciowego wspólnego; rany cięte są niebezpieczniejsze od postrzałowych.

W miarę, jak dawniejszy sposób leczenia za pomocą eków i rozmaitych środków przeciwzapalnych ustępował miejsca racyjonalnemu postępowaniu przeciwgnilnemu i mechanicznemu, widzimy coraz więcéj przypadków z pomyślnym przebiegiem. Sposób leczenia tych ran polega jedynie na ściśléj antyseptyce i uwzględnianiu warunków mechanicznych. O ile zaś sam ustrój wątroby na uszkodzenia jest odporny, dowodzi przypadek, który Nussbaum w dziele: *Die Verletzungen des Unterleibes. Deutsche Chirurgie* 44 przytacza: Dziewczyna 1½ roku mająca bawiąc się wpadła na ostrze brzytwy; przez ranę kilkanaście cm. długą wypadły sieć brzuszna, żołądek, część jelit i wątroba, a nadto w téj ostatniéj była rana 4cm. długa. Po odprowadzeniu tych części ranę zeszyto; podczas wymiotów jednak szwy rozeszły się i wątroba wypadła; po raz drugi zeszyto i znów podczas wymiotów szwy puściły, wątroba jednak przyrosła późniéj do skóry tak korzystnie, że w ośm tygodni wszystko było zgojone.

III. Nowotwór zatykający światło tchawicy, wypalony przez ranę tracheotomijną; wyzdrowienie.

(Według wykładu mianego w Tow. lek. krak.)

Podał **Dr. Pieniążek**,
Docent Uniwersytetu Jagiellońskiego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 1).

Zabrałem się do wypalania, jak tylko chora po odrze przyszła do siebie. Nie umiem dokładnie podać, w ilu posiedzeniach udało mi się zupełny skutek osiągnąć, w każdym razie było ich kilkanaście. Krwawienie było po każdém wypalaniu niewielkie, bóle, jak długo w obrębie samego guza manipulowałem, n. p. wbiwszy weń galwanokauter, nieznaczne, na granicy jednak prawidłowéj błony śluzowéj dość znaczne. Posiedzenia powtarzałem mniéj lub więcéj co tydzień, czasem z powodu silniejszéj reakcyi dłużéj czekać musiałem. Do wypalania używałem tegoż samego narzędzia, którego zwykle używam do wypalania resztek polipów itp. w nosie, tylko w miarę, jak zniszczywszy dolne części guza ku górze się posuwałem, musiałem i narzędzie coraz bardziéj w kształcie S wyginać, szczególniéj zaś koniec jego zaginać ku górze. Rozpocząłem wypalanie od nasady guza u spodu, potém wbi-

łem weń kilkakrotnie galwanokauter mniéj więcéj w środku, a po kilku wypaleniach zacząłem go przypiekać od przodu ku tyłowi. Przy ostatnim zabiegu ucierpiała trochę przednia ściana krtani, na któréj powstały obrzęki ku bocznym ścianom idące, pomiędzy które wolna przestrzeń przed guzem utworzona kątowato wchodziła. Po kilku przypaleniach dalszych chora przez tę przestrzeń wygodnie oddychać mogła, tak że godzinami kaniulę korkiem zatkaną nosiła. Niedługo z guza część tylko pozostała w górze, niezajmująca już ani połowy światła krtani, a wtedy chora całemi dniami, a nawet i w nocy, nosiła kaniulę zatkaną korkiem, który tylko dzień lub dwa po świeżém wypaleniu na noc musiała wyjmować. Przy każdém jednak wypalaniu następném zadanie było coraz trudniejsze, gdyż do reszty guza coraz dalsza była droga, instrument więc coraz więcéj w górę musiał być odgięty, a wchodził coraz trudniéj z powodu, że i kanał do tchawicy wiodący dość był długi (skutkiem dość nisko zrobionéj tracheotomii) a ztąd przeprowadzenie zakrzywionego narzędzia coraz trudniejsze. Przytém dotąd operowałem na ślepo, t. j. dokładnie obejrzawszy guz z góry i z dołu wprowadzałem instrument w kierunku i do głębokości, którą sobie na oko oznaczyłem, po każdém przypaleniu kontrolowałem, czy dobrze trafiłem, małych wreszcie uchybień nie obawiałem się, gdyż do więzadeł było dość jeszcze daleko, a mała blizna na ścianach krtani złego wpływu mieć nie mogła. Im mniejszą jednak była resztka guza i im wyżéj do niéj sięgnąć było trzeba, tém trudniéj było właściwy kierunek utrafić. Jakoż wkrótce spostrzegłem, że zaczynam się w tylną ścianę po za guz wkopywać, na czas to jednak spostrzegłszy potrafiłem chybiania kierunku nadal uniknąć. Wreszcie mogłem już dokładnie z dołu całe więzadła oglądać a małe tylko wzniesienie na tylnéj ścianie stanowiło resztę guza. Teraz najtrudniejsze przyszło dla mnie zadanie; zrazu nie mogłem tych resztek dosięgnąć, gdyż instrumentu z odpowiedniém zagięciem przez ranę tracheotomijną przeprowadzić nie mogłem, utykając ciągle z powodu jéj długości o tylną ścianę krtani. W końcu jednak znalazłem wygięcie, które przy odpowiedniéj pozycyi głowy i szyi pozwalało dosięgnąć guza. Drugą trudność stanowiło trafianie na oślep na sam guz i dokładne wypalenie go. Przy ostrożném postępowaniu i ciągłéj kontroli rezultatów wypalania udało mi się i to, tak że nakoniec tylko małe resztki z guza pozostały, lubo sąsiedztwo jego téż trochę ucierpiało. Gdyby nie obawa recydywy, śmiało mógłbym był już wyjąć kaniulę, lecz tak należało i te resztki wypalić, choć z powodu ich małości trudno było na nie trafić. Bałem się przytém, żeby nie trafić na więzadła lub téż na stawy obrączkonalewkowe; póki nowotwór stanowił guz lub wał mogący stawić tamę instrumentowi od góry, obawy téj nie miałem, lecz teraz był on do tego za mały. Operowanie przy lusterku od dołu było niemożebném, gdyż przy tak małém lusterku, jak tu użytém być może, galwanokauter już mógł być zbyt gruby i zasłaniać je tak, że ruchów jego końca śledzić nie było podobna. Przytém dawniéj operowałem włożywszy w ranę tracheotomijną lejek, którego otwór końcowy odpowiadał szerokości kaniuli, a który nie pozwalał ściągnięcia się kanału do tchawicy wiodącego. W miarę jak musiałem użyć narzędzia więcéj zakrzywionego i wyżéj ku górze je wsuwać, musiałem zaprzestać używania lejka, przez co kanał zwężał się w czasie operacyi, co naturalnie i użycie lusterka, zwłaszcza stalowego, które silniéj ogrzać trzeba było, tylko utrudnić mogło. W obec tych trudności myślałem już o zrobieniu otworu małego powyżéj rany tracheotomijnéj, przez który mógłbym wsunąć cienki galwanokauter, a obserwując koniec jego w lusterku z góry lub z dołu mógłbym pod jego kontrolą wypalić. W tym celu nawet dałem zrobić galwanokauter o ile można najcieńszy, aby tylko wąską szparę w krtani wykonać, któraby *per primam* zagoić się mogła. Zanim się jednak do tego zabrałem, postanowiłem spróbować, czyby mi się nie udało użyć tak cienkiego galwanokauteru z dołu przez ranę pod kontrolą lusterka. Dodam tu jeszcze, że próbowałem pierwéj jeszcze kontrolować ruchy galwanokauteru z dołu wprowadzonego, za pomocą zwykłego laryngoskopu, tj. z góry, to się jednak nie udało z powodu, iż chora pod wpływem najmniejszego zadrażnienia zbliżała więzadła do siebie i tém cały obraz w głębi zasłaniała. Musiałem więc próbować kontroli lusterkiem w tchawicy umieszczoném. Jakoż rzeczywiście udało mi się i lusterko tak długo utrzymać w powietrzu w tchawicy, i instrument przesuwać ku górze bez dotknięcia jéj ścian, aż jego koniec ujrzałem przy resztkach guza. Wtedy przycisnąłem go śmiało ku nim i przesunąłem nieco ku bokom, a chociaż skutkiem poruszenia choréj obraz zaraz straciłem, czułem jednak, że koniec galwanokauteru z miejsca pierwotnego nie zeszedł. To powtórzywszy razy kilka wyniszczyłem resztki guza. Wprawdzie części sąsiednie nieco przy tém ucierpiały, po stronie prawéj strup podchodził może na $\frac{1}{2}$ cm. pod brzeg więzadła, tak że obrzmienie potém w tyle do samego brzegu tegoż sięgało, zkąd powstała kilkodniowa chrypka, ale nowotwór doszczętnie został zniszczony. Dokonałem tego przed Wielkanocą 1883. Po ustąpieniu obrzmienia spostrzegłem małą wyniosłość łukowato na tylnéj ścianie się rozciągającą, ale jedynie od dołu, z góry znać jéj wcale nie było, tylna ściana przedstawiała się gładką, przytém i z dołu nie zasłaniała ta wyniosłość dalszych części tylnéj ściany, osądziłem więc, że jestto właściwie nie wyniosłość na tylnéj ścianie, ale wynik optyczny zagłębienia, jakie skutkiem zbytniego wtłaczania galwanokauteru ku tyłowi powstać musiało. Wyniosłość ta odpowiadała górnéj części guza i dolnemu brzegowi tylnéj płyty chrząstki obrączkowéj, ku któréj bałem się tak wtłaczać galwanokauter, jak poniżéj w częściach miękkich. Nie mogłem jednak mieć pewności, czy tu niema resztek nowotworu, któreby do recydywy powód dać mogły. Postanowiłem więc czekać, czy się ten wał pozorny nie zwiększy, aby go wtedy dokładnie wypalić. Dla tego nie wyjąłem choréj kaniuli, ale zostawiłem ją z nią kilka miesięcy, przez które kaniula ciągle korkiem była zatkaną. Chora w tym stanie pojechała na wieś i powróciła obecnie dopiero. Teraz badając ją razem z kol. Pareńskim, który ją już raz przed zaczęciem operacyi, tj. podczas odry, badał, przekonałem się, że wał wspomniany stał się jeszcze mniejszym, słabo oznaczonym i bledszym, co mnie upewniło, że mój domysł co do natury jego był słusznym. Postanowiłem przeto wyjąć kaniulę, co w krótkim czasie uczyniłem, poprzednio jednak wyniszczyć musiałem granulacyje wybujałe powyżéj rany tracheotomijną. Tu bowiem skutkiem ciągłéj irytacyi przez galwanokauter, który się nad raną opierał a cały był rozgrzany, przyszło do bujania granulacyj od brzegu rany ku wnętrzu, choć w małym stopniu, te więc dla bezpieczeństwa choréj wprzód zniszczyć postanowiłem, poczém wyjęciu kaniuli nic już na przeszkodzie stać nie było powinno.

Przedstawiłem niniejszém nie tylko przypadek niezwykły, który bez laryngoskopijnego badania zupełnie byłby ciemny, ale zarazem metodę niezwykłą operowania, któréj, o ile mi wiadomo, w podobnym celu i w podobnych warunkach dotąd nikt nie używał, a która, lubo powoli, doprowadziła do

radykalnego usunięcia nowotworu bez niebezpieczeństwa, i z niewielkim bólem.

W parę tygodni po odbyciu powyższego wykładu rzeczywiście wyjąłem kaniulę i zagoiłem ranę tracheotomijną wyniszczywszy wspomniane powyżéj granulacyje za pomocą galwanokauteru i szczypczyków ostrych w pierwszéj połowie lipca, poczém chora wyjechała do domu. Widziałem ją następnie w końcu sierpnia a późniéj w październiku i zbadawszy nie znalazłem ani śladu nowotworu, ani téż jakiéjkolwiek wyniosłości w miejscu odpowiadającém dawnéj ranie. Mogłem tam tylko spostrzedz ograniczone jakby nakarbowanie błony śluzowéj, odpowiadające otoczeniu wciągnięcia, które przy zabliźnieniu nastąpić musiało. Pacyjentka czuje się zupełnie zdrową, tak oddech jéj jak i głos jest najzupełniéj prawidłowy.

IV O wpływie dymu tytoniowego na ustrój ludzki i zwierzęcy.

Rzecz czytana na III Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w r. 1881.

Przez Dra **Tadeusza Żulińskiego** we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1).

III. Dym tytoniowy.

Mając w pamięci skład chemiczny liści tytoniowych surowych, jakotéż zmiany zachodzące przy fabrykacyi tytoniu, równie jako poprawy i fałszowania, łatwo pojąć możemy, że dym tytoniowy co do swych własności fizycznych i chemicznych, a tém samém i fizyjologicznych, musi się bardzo rozmaicie zachowywać, trudności zaś w badaniu, o ile można dokładném, są tu nader wielkie.

Z dotychczasowych badań chemicznych przekonano się, że w dymie tytoniowym znajdują się następujące ciała: nikotyn, nikocyjanin, kw. węglowy, tlenek węgla, siarkowodór, kw. pruski, kw. octowy, kw. mrówkowy, kw. waleryjanowy, kw. masłowy, węglan, octan i chlorek amonowy, oraz ciała z szeregu pyrydynowego jak: kalidyna, pyrydyna, pikolina, lutydyna i t. d.

Prócz tego znajdowano tu węglowodory, azot, sinek amonowy, olejek przypalony, ciało przyswędkowe, anilinę, parafinę, gaz błotny, kw. karbolowy, kreozot, i różne ciała nieoznaczone stałe, lotne i aromatyczne, w eterze i w alkoholu rozpuszczalne i nierozpuszczalne.

Ilość tych ciał bywała bardzo rozmaita, co pojąć łatwo. Wedle Malapertego w 200 gramach tytoniu po wypaleniu pozostało 32 gram. popiołu, a 164 grm. dymu, w którym znajdowało się 9% nikotynu, gdy Melsens w 16 gram. wypalonego tytoniu znalazł tylko 0·1 nikotynu.

Dla wykrycia nikotynu i innych składników głównych dymu tytoniowego, jakotéż dla nagromadzenia dymu tytoniowego pozbawionego tych lub owych części, do doświadczeń na zwierzętach, urządziliśmy osobny przyrząd w następujący sposób.

W naczyniu glinianém, zwykłéj doniczce od kwiatów, umocowaliśmy w otworze dna rurkę szklaną zagiętą, któréj drugi koniec łączył się z całym szeregiem połączonych a obok siebie ustawionych flaszek Wulfa (3—5). Ostatnia flasza Wulfa była znów połączoną zapomocą rurki z dużym gazometrem blaszanym napełnionym wodą.

Do doniczki glinianéj, nałożywszy tytoniu jak do fajki, zapalaliśmy go w chwili, gdy przez otworzony kurek dolny gazometru woda powoli z niego wypływała.

Tym sposobem urządzaliśmy naturalne palenie się tytoniu, gdyż gazometr, z którego woda wypływała, ssał i wciągał w siebie dym palącego się tytoniu, który jednakże pierwéj przechodził przez szereg flaszek Wulfa.

Nie wdając się szczegółowo w czysto-chemiczny rozbiór dymu tytoniowego, wspomnimy tu jednak o pochwytywaniu i oddzielaniu główniejszych jego składników o tyle, o ile to nam przy opisie późniejszych doświadczeń ułatwić może jaśniejsze przedstawienie wpływu i działania fizyjologicznego dymu tytoniowego na ustrój ludzki i zwierzęcy.

Otóż kiedy cały przyrząd był już gotowy, naczynie gliniane napełnione tytoniem, gazometr zaś wodą, wtedy otwierając kurek dolny gazometru, i wypuszczając zeń wodę, przykładaliśmy do tytoniu, jak do fajki, zapalony papier. Tytoń palić się począł a kłęby dymu przechodziły do flasz Wulfa i do gazometru.

Gdy podtrzymano w ten sposób palenie przez parę godzin, dym w flaszach tych zgęszczał się, chłodził i tworzył płyn dość gęsty, ciemno kasztanowatego koloru, mocno przenikliwéj woni, podobny zupełnie do powszechnie znanego soku wylewanego z fajek.

Ze 100 grm. wypalonego w ten sposób tytoniu po kilka razy, otrzymywaliśmy 17—19 grm. popiołu, reszta więc przemieniała się w dym i parę wodną zgęszczoną we flaszach i w gazy, które się zbierały w gazometrze.

W innych doświadczeniach oprócz pierwszéj flaszy pustéj, drugą napełnialiśmy w części wodą czystą, a trzecią wodą zakwaszoną kwasem siarkowym.

We wszystkich tych płynach, a najwięcéj we flaszy próżnéj, gdzie się dym sam skraplał, badania chemiczne wykazały oprócz innych składników zawsze obecność nikotynu.

Płyny tak otrzymane, a mianowicie płyn zgęszczony sam, i wodę czystą, destylowaną, nasyconą dymem, zachowaliśmy do następnych badań i doświadczeń fizyjologicznych.

Oprócz jednak zgęszczonego tego dymu, t. j. płynu, drugą tu częścią nader ważną palącego się tytoniu są gazy zbierające się w gazometrze. I tę więc poddaliśmy chemicznemu badaniu.

Gaz ten jednak, pozostający po zgęszczeniu dymu we flaszach Wulfa, nie jest to już czysty dym tytoniowy, ale tylko jego część, t. j. gaz zawierający jedynie te składniki, których skraplający się dym zatrzymać nie zdołał.

Używając do doświadczeń fizyjologicznych dymu tytoniowego w całości, jakotéż pozbawionego stopniowo składników pojedynczo, lub po kilka na raz, posługiwaliśmy się następującemi sposobami.

N i k o t y n zatrzymywaliśmy przepuszczając dym przez wodę silnie zakwaszoną kw. siarkowym, znajdującą się we flaszy Wulfa.

A m o n i a k i w ę g l a n a m o n o w y znajdujący się zwykle w dymie tytoniowym, zatrzymuje także bardzo dobrze kw. siarkowy w wodzie, przez którą dym przeprowadzamy.

K w a s w ę g l o w y, który w dymie tytoniowym znajduje się zawsze w znacznéj ilości, zatrzymuje dokładnie roztwór potażu gryzącego. Wedle dokładnych badań Krausego na 100 objętości dymu bywa 9·2 do 13·6 kw. węglowego.

Ilość ta jednak bywa różna, stósownie do tego, czy dym pochodzi z cygar, czy téż z fajki mocno, lub słabo tytoniem nałożonéj. Zależy to bowiem od łatwiejszego lub trudniejszego przystępu doń powietrza, czyli większego lub mniejszego utlenienia się przy paleniu.

N i e d o k w a s w ę g l a znajduje się zawsze w dymie

tytoniowym w ilości nie mniejszéj od ilości kw. węglowego.

Według doświadczeń i obliczeń Krausego (*Dingl. Journ.*) wypada, że w 100 objętościach dymu tytoniowego bywa 5·2 do 13·8 niedokwasu węgla, a według Dr. G. Le Bona w dymie z 10 grm. wypalonego tytoniu 700 do 800 sz. cm.

Ta rozmaitość w ilości niedokwasu węgla zależy równie jak i w ilości kwasu węglowego nietylko od gatunku samego tytoniu, ale i od tego także, czy się pali tytoń w cygarze czy téż w fajce, lekko czy mocno nałożonéj.

Według Krausego fajka lekko nałożona na 100 objętości dymu dawała 5·2; mocno nałożona 9·2; średnio nałożona 9·3, podczas gdy palone cygara dawały 8·4 do 13·8 objętości niedokwasu węgla.

Obecność niedokwasu węgla w powietrzu wykrywa chlorek paladu. Jestto odczynnik dość czuły, pamiętać jednak należy, aby w powietrzu takiém nie znajdował się ani amoniak, ani kw. siarkowodowy, ani węglowodory, bo istoty te zachowując się podobnie w obec tego odczynnika mogłyby bardzo łatwo w błąd wprowadzić. Jeżelibyśmy jednak chcieli koniecznie używać tego odczynnika, należałoby wprzód ciała te ponsuwać z badanego gazu, przepuszczając go np. przez kwas siarkowy, dla pochwycenia amoniaku, przez rozczyn octanu ołowiu dla pochwycenia kw. siarkowodowego. i t. p.

Ponieważ jednak w dymie tytoniowym, jakeśmy się przekonali, bywa także kw. siarkowodowy, amoniak i różne węglowodory, przeto dla zatrzymania, t. j. oddzielenia z badanego dymu niedokwasu węgla, używaliśmy chlorku miedziawego (Cu_2 Cl_2) rozpuszczonego w kw. solnym, który posiada wybitną własność pochłaniania niedokwasu węgla.

Kwas pruski znajduje się zawsze w dymie tytoniowym, jakkolwiek w bardzo niewielkiéj ilości, bo zaledwie 3 do 8 miligramów w dymie tytoniowym powstałym ze spalenia 400 grm. tytoniu.

O obecności jego przekonać się można najłatwiéj w ten sposób, że dym tytoniowy przepuszcza się naprzód przez kw. siarkowy, który pochłania nikotyn i amoniak oraz inne zasady, które tu mogły być połączone z kwasem pruskim. Tym sposobem uwolniony ze związku kw. pruski, zbiera się w retortę, miesza z siarczkiem amonu, który kwas ten zamienia na siarkosinek amonu, dający z półtorachlorkiem żelaza, znane charakterystyczne czerwone zabarwienie, najwybitniéj stwierdzające jego obecność.

Za pomocą osadzania kw. pruskiego, w ten sposób wydzielanego przez azotan srebrowy, można ilość jego dokładnie oznaczyć.

Ciała aromatyczne. Jeżeli dym tytoniowy pozbawimy nikotynu, amoniaku, kw. siarkowodowego i kwasu pruskiego, w sposób wyżéj opisany, gaz dostający się do gazometru mimo to posiada jeszcze woń właściwą, bardzo silną. Dowodzi to, że woń dymu tytoniowego nie od nich głównie zależy.

W ostatnich czasach robiono (szczególnie Dr. G. Le Bon) poszukiwania bardzo długie i nader kosztowne nad poznaniem przyrody ciał aromatycznych tytoniu.

Destylując wielkie ilości tytoniu w osobnym przyrządzie udało się Dr. Le Bon otrzymać dwa ciała aromatyczne. Jedno, które otrzymuje się zaraz z początku destylacyi, a drugie w jéj końcu. Oba te ciała są oleistemi płynami. Pierwsze słabo bardzo rozpuszczalne w wodzie, ma zapach przyjemny i nadzwyczaj mocny, a drugie zupełnie nierozpuszczalne w wodzie przypomina woń tytoniu. Otóż ponieważ tego pierwszego ciała o woni przyjemnéj udało się otrzymać z tytoniu większą ilość, okazało się przy dokładnym rozbiorze chemicznym, że jestto kolidyna.

Kolidyna, jak wiemy, należy do zasad szeregu pirydynowego ($C_n H_{2n-5} N$) do których należy:

Pirydyna	$C_5 H_5 N$.
Pikolina	$C_6 H_7 N$.
Lutydyna	$C_7 H_9 N$.
Kolidyna	$C_8 H_{11} N$.
Parwolina	$C_9 H_{13} N$.
Korydyna	$C_{10} H_{15} N$.
Rubidyna	$C_{11} H_{17} N$.
Wirydyna	$C_{12} H_{19} N$.

Ciała te powstają zwykle przy suchéj destylacyi ciał organicznych zawierających azot, i znajdują się w olejku lotnym ze smoly węgli kamiennych i w olejku z rogu jeleniego (*Oleum animale Dippeli*).

Rozbioru chemicznego drugiego ciała, dla zbyt małéj ilości jaką się otrzymać udało, zrobić nie było można. Za strzega się jednak Le Bon przeciwko uważaniu tych ciał aromatycznych za jedno ze związkiem stałym zwanym nikocyjaninem, który otrzymuje się także przez destylacyję liści tytoniowych z wodą.

Prócz tego wspomina Le Bon, że w badaniach swych nad ciałami aromatycznemi dymu przy destylacyi natrafił także na gaz właściwego a bardzo nieprzyjemnego zapachu. Prawdopodobnie, jak utrzymuje, jest to jakiś węglowodór.

Jeżeli już same liście tytoniowe wedle gatunku i miejscowości zkąd pochodzą, jak widzieliśmy, miewają bardzo różny skład chemiczny ilościowy, jeżeli sposób i czas przeprowadzania fermentacyi znacznie je także zmienia co do składu, to już zaprawianie ich owemi sosami tajemniczego składu i tak rozmaite fałszowania tajemne, sprawiają, iż dym tytoniowy jest nieskończenie trudnym do badania. Jeżeli już bowiem każda rzecz brana oddzielnie w stanie naturalnym i w stanie dymu bywa zawsze bardzo różną, to cóż dopiero, gdy na ów dym i na owe gazy składają się razem najrozmaitsze mięszaniny.

Trzeba tu więc zawsze pamiętać, że pomimo i najdokładniejszych nawet badań chemicznych gatunków tytoniu używanych do palenia, zawsze będzie nieskończenie trudno przyjść wreszcie do pewnego i jasnego poznania chemicznego składu ich dymów.

Opierając się jednak na tém, co dotychczas zdobyto na drodze badań chemicznych, pod względem poznania tytoniu i jego dymów, przyznać musimy, iż rozjaśnienie sprawy fizyologicznych i patologicznych jego wpływów na ustrój ludzki i zwierzęcy znacznie postąpiło

Przypatrzmy im się więc bliżéj (C. d. n.

V. Oceny i sprawozdania.

Dr. Ida Elijaszowa: **O działaniu kantarydynu na nerki.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 1).

Inaczéj zachowują się kanaliki zbiorowe istoty rdzeniowéj, zwłaszcza w swéj dolnéj części; tu bowiem odrywają się komórki przybłonkowe w całości i leżą wolno w świetle kanalików; prócz tych komórek napotykamy jeszcze i w największéj ilości w pobliżu brodawek wielkie okrągłe komórki o wielkiém, okrągłém słabo się tylko barwiącém jądrze. E. uważa je za ciałka białe krwi, które uległy rozpęcznieniu skutkiem przybrania większéj ilości cieczy. Stosunek ich do komórek przybłonkowych jest różny; jeżeli to

ostatnie przyczepione są jeszcze do ściany kanalika, komórki naciekowe uciskają i spłaszczają je z boków, skutkiem czego powierzchnie boczne komórek przybłonkowych stają się wklęsłe lub nawet komórki przybłonkowe przybierają postać klina podstawą do światła kanalika zwróconego. W kanalikach zbiorowych widziała E. także wałeczki szkliste, a natomiast nie było komórek przybłonkowych; równocześnie w miejscach sąsiednich widzieć można było łuszczenie się przybłonka a komórki odłuszczone, których zarysy dobrze się jeszcze uwydatniały, miały wejrzenie połyskujące, jednostajne tak, że wypadało owe wałeczki uważać za przeobrażone komórki przybłonkowe.

Co się tyczy kłębków, to E. zgadza się z Cornilem w głównych punktach. Cornil znalazł już po 20 minutach przybłonek torebki napęczniały i między nią a kłębkiem ciałka białe krwi, które w późniejszych okresach były znacznie większe. Komórki te wypełniały torebkę i obejmowały kłębki półksiężycowato, przybierając najrozmaitsze kształty skutkiem wzajemnego ucisku w zamkniętéj przestrzeni; tu i owdzie były nawet zupełnie rozpadłe w drobnoziarnistą masę.

Ilość moczu wydzielanego zmniejsza się zwykle do minimum; mimo tego dostaje się nieco moczu zawierającego kantarydyn do pęcherza, wywołując w tym ostatnim ostre zapalenie. W moczu znajdują się małe okrągłe komórki, zapełnie równające się ciałkom ropy, lub nieco większe i więcéj przeźroczyste; co samo już naprowadza na myśl, że powstały one przez napęcznienie ciałek ropnych. Obok tych tworów komórkowych znajduje się w moczu mnóstwo komórek przybłonkowych płaskich. Błona śluzowa pęcherza badana w godzinę lub dwie po zatruciu okazuje brak powierzchownéj warstwy przybłonka a komórki przybłonkowe gdzieniegdzie utrzymane są znacznie wydłużone. Te zaś komórki przybłonkowe, które opadły, są w podobny sposób zmienione jak ciałka ropy, tj. ulegają rozpęcznieniu i wtedy zawierają treść śluzową ścinającą się za dodaniem kwasu octowego. W saméj błonie śluzowéj widać mocno wypełnione naczynia krwionośne, natomiast nie ma silniejszego nacieku komórkowego.

Chcąc te wszystkie zmiany podciągnąć pod jednolity związek przyczynowy, trzeba zmianę w kłębkach, tj. wystąpienie ciałek białych i wysięk cieczy zawierającéj białko, przyjąć za zmianę pierwotną; bo tylko tym sposobem można sobie wytłumaczyć ustanie wydzielania moczu. Kanaliki moczowe ulegają zmianie dopiero późniéj we 2—3 godzin i można je śmiało uważać za skutek przepływającego przez kanaliki kantarydynu, podobnie jak zmiany w pęcherzu.

Jak wiadomo Heidenhain uważa kanaliki kręte i ramiona wstępujące za miejsce wydzielania się niektórych soli, np. indygosiarkanu sodowego, w nerce prawidłowéj. E. chcąc się przekonać, jak się pod tym względem zachowują nerki po zatruciu kantarydynem, wstrzykiwała królikom zwykłą dawkę kantarydynu a po 20 minutach do 2 godzin 12—15 cm. sz. indygosiarkanu sodowego do żyły szyjnéj. Po zabiciu zwierzęcia w 8—10 minut i wystrzyknięciu nerki wyskokiem można było spostrzedz barwik jedynie w kanalikach krętych i to zarówno w ich świetle jak i w komórkach przybłonka; obraz jednak był mniéj wyraźny, jak w nerce prawidłowéj. Po dłuższym czasie, np. po pół godziny, obraz był jeszcze mniéj wyraźny; natomiast zabarwienie odnosiło się w części i do pętli Henlego. Te doświadczenia dowodzą, że im więcéj czasu upłynęło od zatrucia kantarydynem do wstrzyknięcia indygosiarkanu sodowego, tém mniéj tego barwika wydziela się przez przybłonek kanalików krętych.

Wreszcie zastanawia się E. nad różnicą zmian w nerkach po zatruciu kwasem chromowym a kantarydynem. Zmiana w obu razach odnosi się do przybłonków i to przeważnie kanalików krętych; lecz gdy po zatruciu kwasem chromowym komórki przybłonkowe ulegają w całości martwinie i zamieniają się we wałeczki, w zatruciu kantarydynem następuje zmiana od światła kanalika, gdy część obwodowa zawierająca jądro pozostaje nietkniętą; co przemawia za tém, że w pierwszym razie substancyja szkodliwa zostaje wydzieloną przez przybłonek i niszczy go w całości, gdy przeciwnie kantarydyn znajdując się w kanalikach ztąd działa na komórki przybłonkowe. (*Virch. Arch.* T. 94. 1).

Dr. Otto.

Prof. S. Samuel: **O podskórnéj infuzyi w cholerze.**

Jakkolwiek coraz więcéj utrwala się przekonanie, że pod wpływem zdobyczy naukowych na polu bakteryjologii osiągniętych w ostatnich kilku latach, leczenie chorób polegających na rozwoju drobnowidowych tworów gruntownéj uledz musi reformie, mimo tego musimy, póki to nie nastąpi, właśnie w tych chorobach bardzo często ograniczać się do leczenia symptomatycznego. Jednym z najważniejszych objawów w cholerze jest, jak wiadomo, utrata znacznéj ilości cieczy ze krwi, a następnie skutkiem tego zwolnienie krążenia, zwłaszcza w częściach obwodowych. Aby temu zapobiedz, próbowali różni lekarze począwszy od Dieffenbacha a skończywszy na Wildtcie w Kairze, wstrzykiwania do żył i wszyscy zgadzają się na to, że wstrzykiwania takie sprowadzały wyraźne, choć przemijające, wyleczenie stanu ogólnego. Według S. chodzi jednak o to, aby ten korzystny skutek można przedłużyć na przeciąg trwania okresu zamartwiczego, który zresztą nigdy nie trwa dłużéj nad 24—36 godzin. Lecz wstrzykiwania do krwi nie nadają się z wielu względów do dłuższego stósowania; natomiast o wiele wygodniéj jest używać wstrzykiwań podskórnych, które mają ten sam skutek, jak dowodzą spostrzeżenia Beigla (*Lancet* II, Nr. 13), zwłaszcza jeżeli się ich nie robi zapóźno i w miejscach, w których się już znacznie zwolniło lub nawet zupełnie ustało krążenie krwi. Ważnym więc jest także wybór miejsca wstrzykiwania; ponieważ w naczyniach szyi krążenie stosunkowo najmniéj bywa upośledzone, przeto S. radzi zacząć od szyi a w razie, gdyby wessanie za powolnie się odbywało, przejść na klatkę piersiową. Aby tém pewniéj wynagrodzić ubytek cieczy, możnaby stósować wstrzykiwania równocześnie w kilku miejscach. Co się tyczy narzędzia, to najodpowiedniejsze są do tego troakary w stałém połączeniu z irygatorami, w każdym razie przynajmniéj odpowiedniejsze aniżeli igły, które zostawione przez dłuższy czas mogą uszkodzić które z ważniejszych naczyń lub nerwów. (*Deutsche med. Wochenschr.* 1883, Nr. 46). *Dr. Otto.*

Lauenstein (w Hamburgu). **O zastosowaniu osteoplastycznéj resekcyi stopy według Mikulicza w ropieniu kości.**

Do znanych dotychczas 4 przypadków téj operacyi dołącza L. dwie historyje chorych operowanych według metody Mikulicza z powodu ropienia kości stopy.

1. Kobieta 32-letnia przebyła przed 5 laty krwotok płucny, a przed 15 miesiącami powstało u niéj po nadwichnięciu stopy obrzmienie stawu skokowego prawego, w którym w ciągu kilku miesięcy rozwinęły się wybitne objawy ropienia kości. Sprawa chorobowa zajmowała głównie okolicę pięty, na któ-

réj znajdowały się 4 przetoki prowadzące do rozmiękłéj kości, przednia część stopy była zdrowa. W szczycie prawego płuca objawy zgęszczenia.

L. połączył istniejące przetoki cięciem łukowatém wyskrobał rozmiękłe kości i masy gębczaste ostrą łyżeczką, a jamę powstałą wypełnił jodoformem. Po operacyi téj stan choréj nieco się poprawił, jednak wkrótce wystąpiło znowu obfite ropienie, odżywienie choréj zaczęło podupadać, a ponieważ chora nie zgodziła się na amputacyję podudzia, przeto wykonał L. resekcyję osteoplastyczną podług zasad podanych przez Mikulicza z wyjątkiem, że z powodu znacznego zniszczenia kości podudzia musiał z nich odpiłować kawałek blizko 7 cm. długi.

Rana z wyjątkiem małego ropienia w kanale pierwszym goiła się bardzo dobrze; po dwóch miesiącach kości były z sobą mocno zrośnięte, stopa niebolesna, i chora opuściła szpital w opatrunku gipsowym. Mimo pomyślnego przebiegu sprawy miejscowéj choroba płucna rozwijała się dosyć szybko i chora umarła z grużlicy w 8 miesięcy po operacyi.

2. Mężczyzna 25-letni zupełnie dotychczas zdrowy, nadwichnął przed $1\frac{1}{2}$ rokiem nogę prawą, która mocno obrzmiała, a w ciągu 8 tygodni powstała po wewnętrznéj stronie stawu skokowego przetoka, prowadząca do rozmiękłéj kości skokowéj.

I w tym przypadku próbował L. usunąć chorobę przez wyskrobanie schorzałych części, jednak bez skutku, gdyż już w kilka tygodni po operacyi rozwinęły się na powrót bujne masy gębczaste, głównie wzdłuż torebek ścięgnistych, a ropienie, ograniczające się pierwotnie do stawu między kością skokową i piętową, zajęło także staw skokowy. Z tego powodu wykonał L. 23 marca 1883 r. resekcyję osteoplastyczną Mikulicza. Rana zgoiła się prawie całkowicie *per primam*, 8 maja zaczął chory chodzić a 15 opuścił szpital w opatrunku gipsowym.

W pięć miesięcy potém przedstawił się chory powtórnie w stanie zupełnego zdrowia, kości były mocno zrośnięte, operowany oddawał się znów swemu zatrudnieniu jako mularz i był w stanie chodzić nawet bez żadnego obuwia przez 4 godziny bez przerwy. L. jest gorliwym zwolennikiem operacyi Mikulicza, która może w wielu przypadkach zastąpić amputacyje podudzia lub operacyje Symego, zwłaszcza że kikut po „Mikuliczu" jest dla chorego znacznie wygodniejszy, niż nawet bardzo dobra proteza. Operacyja ta ma tę wielką korzyść, że pozwala na dokładne obejrzenie całego pola operacyjnego i doszczętne oddalenie mas gębczastych ze wszystkich zaułków, zwłaszcza z torebek ścięgnistych. Przedłużenie nogi operowanéj, wynoszące w drugim przypadku L. 3 cm., da się zawsze wyrównać przez podniesienie obcasa na bucie zdrowéj nogi. W celu ułatwienia pierwszych prób chodzenia poleca L. założenie opatrunku gipsowego o szerokiéj podstawie, z któréj wystają tylko palce zagięte pod kątem prostym. (*Centralbl f. Chir.* 1884, Nr. 1). *Dr. Schramm.*

Nussbaum i J. Eder: Ignipunctura.

Pierwszy z powyżéj wymienionych autorów poleca podobne leczenie nowotworów złośliwych, mianowicie raków, jakiego używał z świetnym skutkiem w obec złych wrzodów na nogach, gdzie naokoło wrzodu w zdrowéj już tkance nożem dość głębokie robił wcięcie. Myślą przewodnią jest tu twierdzenie, że obrzęk złośliwy najlepiéj można zwalczyć, gdy mu się odetnie środki odżywienia. W jednym przypadku owrzodzonego raka sutkowego, połączonego z znacznemi krwotokami, osiągnął N. najzupełniejszy skutek leczniczy obciągnąwszy cały obrzęk ligaturą *en masse* i otoczywszy guz na zewnątrz ligatury jeszcze położony rowkiem głębokim wypalonym za pomocą termokauteru. Ostatni ten sposób uważa N. za najodpowiedniejszy już z tego powodu, że da się zastósować i w obec nowotworów o nieregularnych konturach. Rowek taki na 1 cm. szeroki wypala się termokauterem aż do powięzi. Przebieg ma być szybki i nad spodziewanie dobry, a nawet chorzy znoszą dobrze cały zabieg.

W pracy Edera, także z kliniki Nussbauma pochodzącéj, znajdujemy szczegółowe określenie wskazań do téj metody operacyjnéj i krótką kazuistykę. Dla ginekologa zajmującym jest przytoczony tamże przypadek przewlekłego zapalenia macicy i nieżytu śródmacicznego, w którym zaaplikowano w każdą z obu bardzo obrzękłych i twardych warg macicznych po sześć głębokich nakłóć termokauterem i osiągnięto jak najzupełniejszy powrót do stanu prawidłowego. (*Aerztl. Intelligenzbl.* 1883, Nr. 19).—(*Inaugur. Dissert. München* 1883). *Dr. Kohn.*

Höltzke: Badania doświadczalne ucisku w przodkowéj komórce oka.

Najważniejsze wyniki, do których autor doszedł, są następujące:

1) Ezeryn sam przez się zwiększa ucisk znacznie, równocześnie jednak zwężenie żrenicy, wywołane przez ten środek, nie tylko że zobojętnia to podwyższenie ucisku, lecz obniża go nawet poniżéj prawidła.

2) Atropin nie podwyższa wprost ucisku, ale sprawia on skutek o tyle, o ile żrenicę rozszerza.

3) W warunkach fizyjologicznych wzmaga się ucisk w przodkowéj komórce z każdém rozszerzeniem, opada zaś z każdém zwężeniem się żrenicy.

Jest rzeczą wątpliwą, czy uniknąć można podwyższenia ucisku przez ezeryn stosując go ostrożnie, w każdym jednak razie zdaje się racyjonalném używać tylko słabych rozczynów ($\frac{1}{4}$%), jeżeli w celu leczniczym zamierzamy ucisk śródoczny trwale obniżyć. Autor spostrzegał także wahania się manometru zawisłe od tętna i ruchów oddechowych. Drażnienie nerwu współczulnego zwiększało zawsze ucisk, ale skutkiem zwiększania parcia krwi. (*Graefe's Archiv f. Ophthal.* XXIX 2). *Rydel.*

Pellacani (docent w Turynie): O zmianach w naczyniach szyi w niektórych rodzajach śmierci gwałtownéj.

Autor zastanawia się nad zmianami, występującemi czasem w ścianach tętnic szyjnych skutkiem ucisku wywartego na szyję, a więc nad zmianami, które po raz pierwszy opisał Amussat, a w nowszych czasach przypomniał głównie Friedberg (p. Przegl. Lek. 1883, Nr. 19) a twierdzenie ostatniego sprawdzał doświadczalnie na psach i królikach, które zabijał przez powieszenie, zduszenie i zadławienie. Na podstawie swych doświadczeń P. dochodzi do wniosków: 1) że przez ucisk na szyję można wywołać nierównie łatwiéj uszkodzenia innych części miękkich szyi aniżeli wynaczynienia w ścianach tętnic, pomimo że narzędzie uciskające działa w miejscu, gdzie tętnice najmniéj są powleczone; 2) że wynaczynienia w mowie będące powstają czasem skutkiem powieszenia, a rzadziéj przy innych sposobach uduszenia; ale nie powstają one i w powieszeniu zawsze, nawet pomimo silnego uciskania lub szarpania tętnic; 3) że pęknięcie błony wewnętrznéj tętnic szyjnych nie jest zależném od zmiany chorobowéj tychże naczyń, bo zdarza się w naczyniach całkiem zdrowych; 4) że nadwerężenie błony wewnętrznéj w naczyniach prawidłowo odżywianych

dowodzi powstania urazu za życia; wreszcie 5) że podbiegnięcie błony dodatkowéj tętnic szyjnych zwraca uwagę na potrzebę badania, czy śmierć nastąpiła w skutek uduszenia, że jednak samo przez się nie dowodzi uduszenia w ogólności, a tém mniéj szczegółowego rodzaju uduszenia. (*Rivista speriment. di medicina legale* 1883, pag. 167—192). *L. B.*

Wiadomości pomniejsze.

Ω. Prof. Schatz z Rostoku poleca gorąco w cierpieniach niektórych macicznych *Hydrastis canadensis.* Używał on wyciągu płynnego (sprowadzonego od Parlce, Davis et Comp. Detroit Mich., U. S. A.) w 50 przypadkach, i widział zadowalające skutki w $^2/_3$ częściach téj liczby. *Hydrastis canadensis* zdaje się działać na błonę śluzową macicy przez wywoływanie skurczów jéj naczyń. Przez to powstaje nie tylko zmniejszenie nawału krwi do części rodnych niewieścich, ale także występuje wpływ na nerwy. Schatz widział wyniki zadowalające nawet tam, gdzie sporysz zawiódł, lub nawet sprawę pogorszył. Autor poleca *Hydrastis canadensis* szczególniéj w krwotokach macicznych, następowych skutkiem mięsaków (sporysz często tutaj zawodzi), w krwotokach połogowych, u osób młodych w wieku od 15—18 lat, a w końcu w przypadkach *Endometritis,* w których wyskrobywania nic nie pomogły. Radzi użyć tego środka już na tydzień przed wystąpieniem miesiączki. W niektórych przypadkach spostrzegano, że miesiączka nie tylko że była znacznie mniéj obfitą, ale nawet czasem zupełnie jéj nie było. Krwotoki przy mięsakach ustępowały po użyciu *Hydrastis canadensis* czasem na całe miesiące. Schaetz poleca jako zwykłą dawkę wyciągu *Hydrastis canadensis* 3 razy dziennie po 20 kropli. (*W. med. Bl.* (Nr. 44, 1883).

Ω. Brocq podaje w *Annales de dermat. et de syphilidologie* ciekawe spostrzeżenie. U 40 letniego mężczyzny wystąpiła bez znanych przyczyn gorączka silna. Po dwóch dniach całe ciało okryło się wysypką nader podobną do szkarlatyny. Chory wziął kąpiel siarczaną, skutkiem czego wysypka jeszcze się zwiększyła, tak że skóra miała jednostajną szkarłatną barwę, była gładką, przytém obrzmiałą. Stan ogólny chorego nie wiele w czasie trwania téj wysypki ucierpiał. Gorączka występowała tylko w pierwszych dniach ku wieczorowi. Mocz prawidłowy. Po 4-dniowém trwaniu wysypki nastąpiło tak silne, 3 tygodnie trwające, łuszczenie, że chory co rano literalnie parę garści łusek z łóżka wyrzucał. Włosy nie podlegały żadnym zmianom, za to paznogcie częścią odpadać zaczęły, częścią przez zgrubienie uległy zniekształceniu.

Podobny przypadek opisuje Richardière. U 37-letniego zdrowego człowieka wystąpiła wśród nieznacznych dreszczów i podniesienia ciepłoty osutka jednostajna szkarłatna, na tułowiu tu i owdzie w postaci pęcherzyków jak w prosówce. Podniebienie i łuki zaczerwienione, mocz prawidłowy. Rozpoznano w pierwszéj chwili płonicę; skoro jednak chory oznajmił, że podobna osutka występuje u niego co jakiś czas, musiano cofnąć rozpoznanie. W 10 dniu rozpoczęło się silne łuszczenie, trwające 5—6 dni. We dwa tygodnie chory znów z takiemi samemi zmianami powrócił do szpitala, łuszczenie również silnie wystąpiło, ale tym razem poschodziły i paznogcie u stóp i rąk. (*D. m. Ztg.* 1883, Nr. 45).

Ω. De Beurmann zachwala w jednym z ostatnich Nrów *Bull. de Thérapie* **wodę chloroformową,** polecaną naprzód przez pp. Lasègne i Regnaulta, pod nazwą „*Eau chloroformée.*" Wodę tę otrzymuje się przez kłócenie chloroformu z wodą. Tym sposobem powstaje wodny rozczyn chloroformu, który zawiera w 100 grm. wody niespełna 0.90 chloroformu. Rozczyn ten używa się wewnętrznie, rozcieńczony na pół z wodą „*Eau chloroformée diluée,*" bo sam trochę za ostro działa. Posiada on własności antifermentacyjne i znieczulające. B. zaleca go szczególniéj jako wodę do płukania w bólu zębów, daléj wewnętrznie kilka razy dziennie po łyżeczce w kurczu, rozstrzeni żołądka, w uporczywych wymiotach, szczególniéj u ciężarnych. Prócz tego rozczyn wodny chloroformu okazał się znakomitym *corrigens* w przyrządzaniu innych leków, szczególniéj takich, które sprawiają łatwo wymioty lub nudności. Autor podaje różne przepisy w tym względzie, jak używać wody chloroformowéj z morfinem, opijum, bromkiem potasu, wodnikiem chloralowym, salicylanem sodowym, z *liq. ferri sesquichlorati* itd.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich

XIV. Posiedzenie zwyczajne Tow. lek. krak. z dnia 7 listopada 1883.

Przewodniczący: kol. Obaliński. Członków obecnych 34, jako goście lekarze pułkowi: kol. Fischer, Boček i kol. Dymnicki z Buska.

1) Kol. Dobrzyckiego z Warszawy wybrano jednomyślnie członkiem korespondentem.

2) Kol. Wł. Gluziński przedstawia pod mikroskopem bakteryje znajdujące się w plwocinach z zapalenia płuc włóknikowego pochodzących. Klebs, Leyden i Koch pierwsi byli, którzy te mikroorganizmy odnaleźli. Bakteryje te mają się także znajdować we krwi i surowicy ludzi na tę chorobę cierpiących. Strassman zaś sprzeciwia się, jakoby one li tylko w obec zapalenia płuc włóknikowego występowały, bo znalazł je także w ślinie u ludzi na inne choroby cierpiących. W klinice prof. Korczyńskiego stwierdzono je w plwocinach z téj choroby pochodzących, znaleziono je jednakowoż i u chorych cierpiących na nieżyt płuc, także u chorego bez zapalenia dróg oddechowych, u którego jednakowoż zapalenie płuc w kilka dni po badaniu wystąpiło.

3) Kol. Wolfram odczytuje pracę swą: „O samoistném znużeniu i przeroście serca". (Praca ta była już umieszczoną w Przeglądzie Lekarskim).

Dla spóźnionéj pory odłożono dyskusyję nad tym przedmiotem do następnego posiedzenia.

Dr. Mendelsburg.

XV Posiedzenie zwyczajne z dnia 21go listopada 1883 r.

Przewodniczący kol. Obaliński. Członków obecnych 32.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i bez zmian przyjęto.

2) Lekarzy pułkowych kol. Fischera i Bočka wybrano członkami czynnymi Tow.

3) Kol. Przewodniczący oznajmia, iż dnia 18 b. m. w imieniu Tow. wysłał telegram do Pragi, jako w dzień otwarcia narodowego teatru czeskiego.

4) Kol. Rydel przedstawia kobietę cierpiącą od paru lat jaglicę z grubą łuszczką na obu oczach, u któréj zastosował nowy lek, pochodzący z Brazylii, zwany jequirity. W ciężkich przypadkach jaglicy z grubą łuszczką, w których zawodzi leczenie zwykle używanemi środkami, uciekano się dotąd do szczepienia wydzieliny ropnéj rzeżączkowéj. Prelegent nadmienia o niedogodnościach i niebezpieczeństwach takiego szczepienia, które sprawiły, że nowy środek, przedstawiony w roku 1882 przez Weckera Akademii paryskiéj, powitano z radością i zaczęto go doświadczać. Niebawem wytworzyły się dwa obozy. Jeden z nich, z Weckerem na czele, zaleca gorąco nowy środek i chwali jego skuteczność, podczas gdy drugi obóz odmawia mu wszelkiéj wartości lub przyznaje tylko bardzo małą. Podczas gdy zwolennicy twierdzą, że namok zimny nasion *Abri praecatorii* wywołuje silne zapalenie dławcowe spojówki, leczące szybko i pewnie jaglicę i łuszczkę, utrzymują przeciwnicy, że namok nasion jequirity zdoła sprowadzić zaledwie lekkie zadrażnienie spojówki, niemające żadnego lub tylko bardzo mały wpływ na jaglicę i jéj następstwa. Pragnąc wyrobić sobie sąd o nowym leku, oparty

na własném doświadczeniu prelegent zastosował 3% zimny namok nasion jequirity, pozbawionych skorupek i miałko sproszkowanych, na prawém oku kobiety przedstawionéj. Stosował go spłukując obficie spojówkę obu powiek odwiniętych przez jakie 5 minut za pomocą kłębuszka waty Brunsa maczanéj w namoku. Pierwsze zastosowanie miało miejsce w poniedziałek 19 b. m. w południe, drugie tegoż samego dnia wieczór. Nazajutrz rano pobyły powieki silnie obrzmiałe a cała spojówka obu powiek pokryta błoną dławcową, mimo to zastosowano lek po raz trzeci i ostatni i kazano choréj tak samo jak i za dwoma pierwszemi razami robić okłady z namoku jequirity przez 5—10 minut. U choréj przedstawionéj powieki, których skóra jest miernie zaczerwieniona, są tak silnie obrzmiałe, że dobrowolne otwarcie szpary powiekowéj jest niemożliwe, po rozwarciu zaś i odwinięciu powiek, które udaje się tylko z wielką trudnością, widać spojówkę obu powiek w całéj rozciągłości pokrytą na 1 mm. i więcéj grubą, szarą błoną dławcową, którą za pomocą szczypczyków w wielkich płatach łatwo oddalić można. Spojówka gałkowa zaczerwieniona tworzy mierny wał, wydzielina jest surowicza, mętna, niezbyt obfita. Rogówka cała pokryta już dawniéj łuszczką tak grubą, że chora palce z trudnością na 1·0 liczyła, zaćmiła się tak mocno, że obecnie jest tylko poczucie światła. Powierzchnia rogówki mocno chropowata i mnóstwem naczyń pokryta przypopomina żywo tęczówkę opadłą i silnie granulującą. Przypadek ten dowodzi w sposób niezbity, że namok jequirity wywołuje istotnie, jak to Wecker i stronnicy twierdzą silne zapalenie dławcowe. Co się tyczy drugiego pytania, czy i o ile to zapalenie jequirytyczne wywrze wpływ na stan spojówki i rogówki, czy ostatecznie wyleczy jaglicę i łuszczkę, okaże się dopiero po upływie kilku tygodni czasu, a wtedy prelegent nie omieszka przedstawić choréj Towarzystwu powtórnie i zdać sprawę ze swoich spostrzeżeń.

5) Kol. Korczyński przedstawił chorego z umiarową zamartwicą miejscową *(asphyxia localis symmetrica)*. Mężczyzna lat 19 liczący, który z wyjątkiem kiły, jakiéj uległ przed 9 miesiącami, żadnéj dotąd nie podlegał chorobie, okazuje obecnie prawie umiarowo na obudwu rękach następujące zmiany. Ręce aż do nadgarstków są stale lodowo zimne, nawet na największym chłodzie potnieją, a nie rozgrzewają się dostatecznie nawet przy dłuższym pobycie w ciepłym pokoju, lub włożone w grube futrzane rękawiczki. Palce: drugi, trzeci i czwarty obudwu rąk są sine osobliwie po stronie dłoniowéj, a sinica ta występuje najwybitniéj na trzecich falangach. Palce te są miernie obrzmiałe, przy dotyku twardsze, i tak sztywne, że chory nie jest w stanie zacisnąć je w pięści, utrzymać pióro lub uchwycić drobniejsze przedmioty. Na zimném powietrzu lub po włożeniu rąk do zimnéj wody, jak niemniéj przy zwieszeniu takowych ku dołowi, sinica i sztywność palców znacznie się zwiększają, przybierają one wtedy zabarwienie ciemnosine, prawie czarne, w cieple lub przy podniesieniu rąk do góry sinica się zmniejsza a na powierzchni dłoniowéj pierwszych i drugich falang występują miejsca białawe w postaci ograniczonych plam. Palce przy najlżejszém dotknięciu są bardzo bolesne, osobliwie trzecie falangi, a bolesność ta potęguje się skutkiem tych samych wpływów, które powiększają w nich sinicę. Dla bólu chory tylko z wielką trudnością może się sam ubrać lub rozebrać. Nawet przy spokojném trzymaniu rąk palce te są siedzibą stałego mrowienia i trętwienia i od czasu do czasu potęgujących się bólów, które najwybitniéj występują w obudwu palcach wskazujących. Na palcach tych okazuje chory czucie nadmiernie dokładne i tak już w odległości 1 linii odróżnia bardzo dokładnie dwa dotknięcia lub ukłócia jako odrębne wrażenia, rozpoznaje różnicę ciepłoty wynoszącą niespełna jeden stopień Cels., a przy obciążeniu 200 gr. rozpoznaje za pomocą barestezyjometru Eulenburga różnicę w ucisku 10—20 gr. wynoszącą. Czucie elektryczne jest również bardzo dokładne. Palce wielkie i małe, jak niemniéj ręce w zwykłéj ciepłocie są trupio blade, zimne i spocone, palce przy silniejszym ucisku bolesne, przy spokojném zachowaniu się lekko stretwiałe, z prawidłowém czuciem dotykowém, czuciem ciepłoty i ucisku; na chłodzie sinieją, lubo w znacznie mniejszym stopniu, trętwieją i stają się bolesne. Palec trzeci u nogi prawéj jest również blady, chłodny i miernie stretwiały. Zresztą z wyjątkiem łuszczycy pstréj (*pityriasis versicolor*) na tułowiu, daléj przewlekłego nieżytu gardła, i obrzmienia gruczołów karkowych, pachowych i pachwinowych, jako objawów przebytéj kiły nie przedstawia chory żadnych innych zboczeń. Choroba ta miała się rozpocząć około 20 października 1883 r. od nagłego pojawienia się sinicy i bolesności w obudwu wskazicielach, a po kilku dniach zająć miała resztę palców. Przy ściślejszém wypytywaniu pokazuje się jednak, że już na 3 miesiące przedtém chory miał ręce zimne, lekko postrętwiałe i jak się sam wyraża „trupio blade i pocące się“. Poprzednio nigdy rąk nie przemroził, i nie trudnił się takiém zajęciem, któreby narażało jego ręce na wpływ zimna lub wilgoci. Przez cały ciąg choroby nigdy nie doznawał swędzenia. Od tygodnia, odkąd chory przychodzi codziennie do kliniki, stosuje się na miejsca chorobą dotknięte prąd indukcyjny i stale spostrzedz można po każdém posiedzeniu, że trętwienie w palcach na kilka godzin znika a bóle znacznie się zmniejszają. Prąd galwaniczny w obudwu kierunkach stosowany nie wywiera żadnego skutku ani na zboczenia przedmiotowe, ani na uczucia podmiotowe. Tętno sprychowe na obudwu rękach jest stale prawidłowe.

Wykluczywszy zmiany w układzie nerwowym i naczyniowym, a uwzględniając umiarowość sprawy chorobowéj na obudwu rękach prelegent rozpoznaje w obecnym przypadku miejscową zamartwicę (*asphyxia localis symmetrica*). Jest to choroba mało dotąd znana, lubo nie tak rzadka, jakby się na pozór wydawać mogło. Rozpoznanie jéj jest jak dotąd tylko czysto symptomatyczne, gdyż właściwa jéj przyroda jest dotąd zupełnie nieznana. Pierwszą wzmiankę o téj chorobie uczynił Roger, używając już nawet nazwiska zamartwicy miejscowéj, dokładniejsze jednak szczegóły podał dopiero Raynaud w rozprawie inauguralnéj ogłoszonéj w r. 1862. Odróżnia on trzy postacie, mianowicie omdlenie miejscowe (*Syncope localis*), zamartwicę i zgorzel miejscową. Dwie pierwsze postacie znajdują się bardzo wybitnie zaznaczone w przedstawionym przez prelegenta przypadku. Z autorów niemieckich wspomina o téj chorobie dosyć obszernie Recklingshausen (*Handbuch d. allgem. Pathol. des Kreislaufs* 1883 str. 42). Mówił o niéj także Fraentzel w Grudniu 1882 r. na posiedzeniu berlińskiego Tow. dla medycyny wewn. (*Zeitsch. f. klin. Med.* VI str. 277), jednak, jak się zdaje, tylko na podstawie wiadomości zaczerpanych z literatury, nie zaś na własnych oparty spostrzeżeniach. Dyskusyja, jaka toczyła się z tego powodu na owém posiedzeniu, wcale sprawy nie rozjaśniła, a zabierający głos przytaczali po największéj części własne przypadki, gdzie istniały wybitne zmiany w układzie nerwowym lub naczyniowym i których z tego właśnie powodu nie można zaliczać do idiopatycznéj zamartwicy umiarowéj. Tyle zdaje się być pewném, że chorobie téj pośredniczy nieprawidłowy stan nerwów naczynioruchowych, który pociąga za sobą skurcz drobnych tętniczek, który w dalszém następstwie wywołuje zwolnienie krążenia w naczyniach włosowatych i przekrwienie żylne, a w wyższym stopniu doprowadzić może do powstrzymania odżywiania i do następowéj zgorzeli.

Z własnego doświadczenia zna prelegent tylko przypadki miejscowego omdlenia i miejscowéj zamartwicy. Pierwsze zdarzają się dosyć często osobliwie u osób młodych, wrażliwych i niedokrewnych, lub w ozdrowieniach po cięższych chorobach. Każdy prawie zna przypadki owych rąk zawsze spoconych a nawet wśród upałów zawsze zimnych i bladych, jakie tak często okazują młode blednicze dziewczęta, lub owych nóg stale zimnych, bladych lub sinych i spoconych, które napotyka się dosyć często u młodych nawet osób, a które także zaliczyć należy do miejscowego omdlenia niższego stopnia. Niemcy nazywają je *Sommerfröste*. Zamartwicy miejscowéj umiarowéj zna prelegent oprócz przedstawionego przypadku jeszcze dwa inne, gdzie również nie można było ani w układzie tętniczym ani naczyniowym wyśledzić dostatecznéj przyczyny. Jeden dotyczył ozdrowieńca po zapaleniu płuc nieżytowém, drugi chorego z niestrawnością nerwową na tle wybitnéj hipochondryi.

W dyskusyi nad tym przedmiotem zabiera głos kol. Mikulicz. Przypomina sobie z kliniki Billrotha dwa przypadki téjże choroby. Różniły się one tém od przedstawionego, iż nie można było wyczuć tętna sprychowego w jednéj odnodze. Kol. Korczyński nadmienia, iż na powyż wymienionem posiedzeniu Tow. lekarzy berlińskich Bernardt opisał przypadek, gdzie chory po doznanym urazie przedramienia okazywał brak tętna sprychowego i ramieniowego. — Kol. Ant. Rosner zwraca uwagę na zmiany w skutek odmrożenia palców a na po-

razeniu mniejszych żył polegające, które przypominają żywo obraz cierpienia przedstawionego. Zdarza się często, iż młode panny na bezkrwistość i błednicę cierpiące już nawet w jesieni palce odmrażają a objawy tegoż odmrożenia zgadzają się z objawami téj *Syncope localis* z wyjątkiem, iż doznają silnego swędzenia. U kiłowych osób histerycznych przydarza się często nieczulica końców palców. — Kol. Obaliński przeszedł omawiane cierpienie za swoich czasów studenckich. Na zimném powietrzu w jesieni lub zimie doznawał sinicy i hyperalgesii palców. Z nastaniem ciepłego powietrza objawy te same przez się ustąpiły. Sądzi, iż dla téj choroby tkwić musi w układzie nerwowym pewna przyczyna usposabiająca. Przypomina sobie z własnéj praktyki przypadek, do którego na poradę prof. Rosnera wzywał. Cierpienie polegało na szczególnéj bolesności odnogi dolnéj prawéj, w któréj spostrzeżono brak tętna. W amputowanéj odnodze znaleziono w skutek *endoarteriitis proliferans* zaczopowane żyły i tętnice. Co się tyczy odmrożenia przez kol. Rosnera wspomnianego, to zwraca uwagę, iż w odmrożeniu owe trupio blade plamy w cieple zamieniają się na różowe.—Kol. Schramm zapytuje prelegenta, czy uważał, aby początek zamartwicy miejscowéj na początek zimy przypadał, na co prelegent odpowiada, iż dokładnie sobie przypomina, że jeden z 2 przypadków, który w praktyce prywatnéj obserwował, w lecie się rozpoczął.— Kol. Gluziński (starszy) opowiada, iż w lecie po doznanym urazie odnogi górnéj doznał objawów omawianego cierpienia, przyczém jednakowoż spostrzegł także połowicze zaczerwienienie twarzy. Objawy te po 3 dniach znikły same przez się. W ożywionéj dyskusyi brali udział jeszcze koll. Warschauer, Oettinger, Zarewicz i Korczyński, którzy to dwaj ostatni wszelkie podobieństwo z odmrożeniem w danym przypadku wykluczają.

6) Kol. Oettinger, jako przewodniczący Komisyi sprawozdawczéj do roczników Virchowa i Hirscha podnosi konieczną potrzebę reorganizacyi téjże Komisyi. W tym celu wypracował wnioski, które Komitet Tow. jednogłośnie przyjął. Wnioski te opiewają:

a) Każdy referat nosić będzie podpis sprawozdawcy.

b) Każda praca otrzyma oznaczoną według pewnéj miary zapłatę.

c) Zbieraniem i rozsyłką materyjału za pomocą kartek obejmujących każda dokładny tytuł jednego dzieła lub artykułu, mającego być zreferowanym, zajmuje się sekretarz Komisyi sprawozdawczéj.

d) Za każdą wyciągniętą, spisaną i rozesłaną pomiędzy współpracowników kartkę tytułową, wyznacza się zapłatę minimalną po 10 ct.

e) Za każdą drukowaną szpaltę referatu wyznacza się po 1 złr. zapłaty.

f) Komitet wyjedna dla Komisyi sprawozdawczéj oddzielne egzemplarze czasopism i dzieł potrzebnych.

g) Komisyja sprawozdawcza aż do ukończenia dorocznéj pracy zbiera się raz na miesiąc a według potrzeby i częściéj.

h) Przewodniczący Komisyi otrzyma takie honoraryjum, jakie wypadnie dla sekretarza.

i) Referenci winni dostarczać sprawozdań pisanych czytelnie i poprawną niemczyzną.

k) Komisyja z końcem roku zdaje sprawę w Komitecie Towarzystwa pod względem finansowym.

Wnioski te bez dyskusyi przyjęto.

Na tém posiedzenie zakończono.

Dr. Mendelsburg, sekretarz.

VII. Paweł Ammann.

Studyjum historyczno-sądowolekarskie
napisał **L. Blumenstok.**

W r. 1659 zgasł w Rzymie w sędziwym wieku Paweł Zacchiasz, najznakomitszy przedstawiciel szkoły sądowolekarskiéj włoskiéj; zamyka on w ojczyźnie swojéj poczet autorów na czas długi, a ster nauki tak świetnie przez niego reprezentowanéj przechodzi w ręce Niemców. W tym samym roku, gdy Zacchiasz kończył ogromne swoje dzieło, we Wrocławiu przyszedł na świat Paweł Ammann, pierwszy autor sądowolekarski w Niemczech.

Przy innéj sposobności starałem się wykazać, że mylném jest zdanie Haesera, jakoby umiejętne opracowanie medycyny sądowéj było następstwem ogłoszenia ustawy karnéj Karola V. Zdanie to swoje zbija zresztą sam Haeser, przyznawszy, że pierwsze prace sądowolekarskie pochodzą od autorów włoskich. Tém bardziéj staje on w sprzeczności ze sobą, gdy następnie twierdzi, że „najwcześniejsze prace (sądowolekarskie) autorów niemieckich, jak np. Pawła Ammanna, profesora lipskiego, są zarówno małoznaczne jak prace kilku innych lekarzy wieku 17go“ (*Lehrb. d. Gesch. d. Medicin*, p. 883). Pod tym względem atoli H. posuwa się za daleko i staje się niesprawiedliwym. Że prac lekarzy w wieku 17ym lekceważyć nie można, wykazałem, pisząc o początkach próby płucnéj, która stanowi ważną epokę w historyi medycyny sądowéj, a któréj wprowadzenie w praktykę właśnie zawdzięczamy lekarzom niemieckim; Paweł Ammann zaś nie musiał być człowiekiem bez zdolności i zasług, skoro wielki Haller nazywa go *„acris ingenii homo et minime sui diffidens“ (Biblioth. med. pract.* I, p. 91) a Mende zaszczyca go przydomkiem *„der Geistreiche;“* prawnik zaś znakomity Thomasius (w przedmowie do dzieła Albertiego 1725) wychwala go, jako *„vir sinceri et aperti, sed paulo liberioris et ad satyricum stilum inclinantis animi et non exigui judicii.“* Z drugiéj strony Sprengel (*Versuch einer pragm. Gesch. d. Arzneykunde*, wyd. 3cie, IV., p. 5 i 6) wyraża się o nim nie zbyt pochlebnie. Widzimy więc, że zdania w każdym razie są podzielone i że warto zapoznać się z naszym autorem już w tym celu, aby bezstronnie ocenić jego zalety i wady i wyrobić sobie przekonanie, czy istotnie zajmuje wybitniejsze stanowisko w dziejach nauki naszéj lub czy zasługuje na lekceważenie, potępienie lub zapomnienie.

Przyznaję atoli, że od dłuższego czasu zajmując się studyjowaniem głównych dzieł Ammanna, nie powodowałem się tyle chęcią wyrwania autora z zapomnienia i oddania mu sprawiedliwości, ile inną, nierównie ważniejszą okolicznością. Śledząc rozwój nauki naszéj na podstawie źródeł dostrzegłem luki pomiędzy szkołą włoską a niemiecką; od Zacchiasza do Bohna, od którego zazwyczaj autorowie wywodzą początek medycyny sądowéj niemieckiéj, skok zdawał mi się zbyt wielkim; trudno mi téż było przypuścić, aby w Niemczech dopiero na samym schyłku 17go i na początku 18go wieku odszukać się dały pierwsze ślady medycyny sądowéj, a jakkolwiek wiadomo mi było już dawniéj z przedmowy Ammanna do wydanego przez niego w r. 1674 dzieła Fedelego, że w Niemczech nie było do owego czasu systematycznego dzieła o medycynie sądowéj i z tego właśnie powodu wydawca uznał za potrzebne zapoznać rodaków swoich z dziełem lekarza palermitańskiego, czyli jak mylnie go nazywa, florentyńskiego, — to przecież brak dzieła systematycznego nie dowodził jeszcze braku innych traktatów, mogących mieć większe znaczenie od zwykłego podręcznika. Otóż w pracach sądowolekarskich Ammanna samego znalazłem materjał wypełniający ową lukę; są one pomostem, stanowiącym przejście od medycyny sądowéj włoskiéj do niemieckiéj; co większa, prace te zawierają obfite ślady praktyki sądowolekarskiéj w Niemczech, począwszy od r. 1516, a więc jeszcze przed ogłoszeniem Karoliny, aż do r. 1686, a więc do wystąpienia Bohna. Czytającemu dzieła Amman-

na otwiera się szeroki widok nie tylko na ówczesne stanowisko nauk lekarskich, na zapatrywania ówczesnych lekarzy na ważne kwestyje naukowe, i na walki, które się toczyły między nimi, ale odsłania się obraz stósunków społecznych, moralnych, prawnych w Niemczech w ciągu wieku 16go i 17go, obraz wierny, bo oparty na aktach urzędowych, służących za tło do wyjaśnienia różnorodnych kwestyj sądowo-a po części i policyjno-lekarskich. Jakby różczką czarodziejską dotknięte stają przed nami cienie poważnych dziekanów i profesorów lipskich, Pistorów, Keglerów, Schiltelów, Stromerów v. Aurbach, Doeklerów, Lindemannów, Bayerów z wieku 16go, Michaelów, Ammaunów, Rivinów, Langów, Welschów, Bohnów z 17go; widzimy ich, jak mając oddany sobie należny hołd, a co ważniejsza wręczone lub obiecane wynagrodzenie za trud podjąć się mający, zasiadają collegialiter nad aktami przesłanemi sobie już to przez osoby prywatne i przez obrońców, już też to przez grona rzemieślnicze, władze miejskie, polityczne i sądowe, cywilne a nawet i wojskowe, jak z powagą odpowiadającą ważności spraw wertują starodawne folijanty, rozpoczynając zazwyczaj od Hippokrata a nie gardząc i pracami uczonych późniejszych a nawet równoczesnych, jak w miarę możności lub potrzeby badają osobiście przybyłych chorych lub przesłane *corpora delicti*, a na podstawie wspólnéj narady wydają orzeczenie swoje, starannie tak pod względem przedmiotowym jako i stylistycznym opracowane według formularza ustalonego, stwierdzając je podpisami swemi i pieczęcią urzędową; a co najciekawsza, wszystkie te orzeczenia, nawet pochodzące z czasu, zanim Luter dokonał tłumaczenia biblii, spisane są w języku niemieckim! A orzeczenia te, tak ważne nie tylko pod względem sądowo- i ogólno-lekarskim, ale i pod względem oświaty ogólnéj, przechował i ogłosił z wielką starannością Paweł Ammann, a zasługa jego byłaby już niepospolita, gdyby był się ograniczył do uratowania od zagłady tak licznych pomników, dających żywe świadectwo o stósunkach różnorodnych w wieku 16ym i 17ym; ale uczynił on więcéj, bo nie przepuścił żadnego prawie orzeczenia bez krytyki, częstokroć ostréj i rubasznéj, piekącéj. Niektóre jego uwagi, szczególniéj uszczypliwe, przeszły do potomności, jak np. owo zdanie o wyroku wydanym w d. 13 lutego 1637 r. przez parlament w Grênoble, uznającym dziecko, urodzone przez kobietę w 4 lata po wydaleniu się męża, za prawowite, a to z powodu, że „*Mulier per fortem Imaginationem putaverit, se in Insomniis Rem habuisse cum Marito, atque sic concepisse*;“ W przypadku tym cenzura Ammanna opiewa: „*Ast crederem potius, Parlamenti Praesidem, vel alium Bonum Virum Rem habuisse cum hac Muliere*“ (*Medicina Critica p. 236*). Nadto ze zbiorów Ammanna przekonywamy się, że praktyka sądowolekarska w Niemczech wyprzedziła nietylko umiejętne opracowanie nauki ale nawet i ogłoszenie ustaw karnych, a że potrzeba zasiągania rady znawców bardzo wcześnie w Niemczech uczuć się dawała, wynika już ztąd, że nietylko władze ale i osoby prywatne wcześnie już udawały się po zdanie do wydziałów; najdawniejsze orzeczenie w zbiorach Ammanna nosi datę 22 lipca 1516 r., a nic nie stoi na przeszkodzie przypuszczeniu, że orzeczenie to w rzeczywistości wcale nie jest najdawniejszém, albowiem treść jego poucza nas, że rada i burmistrz pewnego miasta niemieckiego przesyłają do Wydziału człowieka, który w gminie uchodzi za trędowatego, z prośbą o zbadanie go i wydanie orzeczenia; władza miejska równocześnie załącza „należytość“ i spodziewa się otrzymać „orzeczenie wierzytelne z pieczęcią Wydziału“; Wydział zbadawszy owego obywatela wydaje swoje orzeczenie, korzystne dla badanego, już „w Niedzielę po Piotrze w okowach,“ a więc zaledwie po upływie dni 10. Cały ten akt robi wrażenie, że był aktem wówczas powszednim, a przynajmniéj nie rzadkim, że więc nietylko w 16ym, ale nawet już w 15ym wieku zwyczaj zasiągania zdania gron lekarskich był rozpowszechnionym. W każdym razie zwyczaj wyprzedził i pod tym względem przepisy rządowe, albowiem dopiero w wieku 17ym spotykamy się z rozporządzeniami, przyznającemi niektórym uniwersytetom prawo orzekania w kwestyjach sądowolekarskich (rządu heskiego z d. 10 czerwca 1616, rządu brandenburskiego z r. 1685). Że zaś po orzeczenia wydziałowe udawano się częstokroć wtedy, gdy poprzednio zasiągnięte zdania jednostek były sprzeczne ze sobą lub niedostateczne, więc jasną jest rzeczą, że wzywanie znawców poszczególnych musiało być również dawném, jeżeli nie dawniejszém od pierwszych orzeczeń wydziałowych. Tak więc dzieła Ammanna rzucają światło na ciemny dotychczas okres historyi medycyny sądowéj, a zarazem wyjaśniają różnorodne stosunki tak ogólne jak lekarskie i dlatego poznanie ich treści jest użyteczném nietylko dla specyjalisty, ale dla każdego lekarza, albowiem jeżeli pierwszemu przysporzy znajomości dokładnéj jednego z ogniw, składających się na dzieje medycyny sądowéj, to i dla lekarza szczegółowo nie zajmującego się tą nauką przecież nie może być obojętną wiedza o stanie oświaty ogólnéj w ciągu lat dwóchset, o ile on zarysowuje się na tle stosunków lekarskich. (C. d. n.)

VIII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

□ Fałszowanie wyrobów chemicznych. Wiadomo, że winnik wymiotny służy nietylko w celach leczniczych, lecz jako barwik odgrywa wielką rolę w przemyśle. Francuskie fabryki sprzedają kilogram sproszkowanego emetyku po 5 franków i obniżyć téj ceny nie są w stanie; natomiast ten sam, a raczéj sprzedawany za ten sam, przetwór sprzedają niemieckie fabryki po 3 franki za kilogram. Izba syndykalna paryska na posiedzeniu 14 listopada orzekła na podstawie rozbioru chemicznego, że emetyk pochodzenia niemieckiego zawiera w sobie 41 do 46% kwasu szczawiowego (nie winowego, jakby być powinno). Pracownia chemiczna miejska potwierdziła wynik poprzedniego rozbioru, a wreszcie niemiecka *Chemiker Zeitung* przyznała zupełnie słuszność rozbiorom francuskim, wskazując fabryki saskie i würtemberskie jako winne fałszowania. Francuskie dzienniki zużytkowują z widoczném zadowoleniem ten fakt, i słusznie utrzymują, że niemieckie fałszowane produkty chemiczne zabijają z powodu niesumiennéj konkurencyi wyroby francuskie, i żadna uczciwa fabryka ostać się nie będzie mogła.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 23—29 grudnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 32,4. Z ospy umarło 3 (1 z. t.); z odry 0 (2 z t.); z płonicy 4 (0 z. t.); z błonicy 2 (0 z. t.); z duru brzusznego 2 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 5 przypadkach ospy, 3 płonicy, 1 błonicy, 1 odry, 3 krztuśca. W tygodniu od 16—22 grudnia umarło z ospy w Budapeszcie, Warszawie, Rzymie, Walencyi po 1, w Wiedniu i Paryżu po 3, w Murcyi 4, w Nowym Orleanie 5, w Madrycie 7, w Maladze 31, w Pradze 42. Z duru osutkowego umarło w Walencyi i Murcyi po 1, w Madrycie 2, w Maladze 3. Odra złagodniała w Wiedniu i Amsterdamie, błonica utrzymuje się w Amsterdamie w jednakowém nasileniu. Z cholery umarło od 9—15 grudnia w Aleksandryi 4, w San Francisco od 24—30 listopada 1.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 16—22 grudnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 27,8; w Warszawie 25,3; w Poznaniu 35,1; w Wiedniu 24,1; w Budapeszcie 20,8; w Pradze 39,2; w Berlinie 20,9; w Hamburgu 21,8; w Gdańsku 27,3; w Monachowie 28,2;

w Dreźnie 26,5; w Lipsku 23,4; w Bazylei 27,8: w Brukseli 24,4; w Amsterdamie 30,9; w Paryżu 24,7; w Kopenhadze 20,2; w Chrystyjanii 22,2; w Petersburgu 29,6; w Odesie 38,1; w Rzymie 27,1; w Bukareszcie 29,4; w Madrycie 33,0; w Lizbonie 26,1; w Aleksandryi 36,8. *J. R.*

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 10 stycznia. Towarzystwo lekarskie odbyło wczoraj posiedzenie doroczne administracyjne. Na wniosek kol. Rydla zgromadzeni przez powstanie wyrazili ustępującemu prezesowi kol. Obalińskiemu podziękowanie za całoroczną pracę i dbałość o powodzenie Towarzystwa. Po zdaniu sprawy poszczególnych urzędników Towarzystwa nowowybrany prezes kol. Kwaśnicki zająwszy krzesło przewodniczącego wyluszczył w przemówieniu swém zapatrywanie swoje na cele i zadania Towarzystwa a przy téj sposobności przypomniał sprawę Zjazdu w roku bieżącym w Poznaniu odbyć się mającego. Wniosek kol. Mikulicza, aby protokóły posiedzeń Tow. prędzéj aniżeli dotychczas umieszczano w Przeglądzie Lek., odesłano do komitetu celem zdania sprawy z niego na przyszłém posiedzeniu. Kol. redaktor oznajmił, że komisyja redakcyjna na podstawie regulaminu swego uchwaliła zaprosić do składu swego jeszcze trzech członków, a mianowicie koll. Jordana, Kopffa i Murdzieńskiego. Wreszcie wybrano jednogłośnie członkiem koresp. Tow. Dra Kazimierza Krasuskiego, lekarza powiatu nowomińskiego w gubernii lubelskiéj.

* W spisie zmarłych w r. 1883, podanym w numerze przeszłym, nie umieściliśmy śp. Kośmińskiego. Zapomnieliśmy o najpracowitszym z kolegów, bo téż trudno przychodzi oswoić się z myślą, że go już nie ma między nami.

* Na przedstawienie komitetu gospodarczego Wydział krajowy zezwolił na utworzenie czytelni lekarskiéj w szpitalu św. Łazarza i wyznaczył na ten cel odpowiednią salę.

* Dr. Onufry Trembecki na własne żądanie uwolnionym został od obowiązków lekarza zakładu zdrojowego w Szczawnicy. W jego miejsce Zarząd Akademii Umiejętności zamianował Dra Władysława Ściborowskiego, od lat 20 tamże podczas pory zdrojowéj ku ogólnemu zadowoleniu praktykującego.

* Z Časop. lek. česk. dowiadujemy się, że nakładem *Gazety Lekarskiéj* w Warszawie wyjść ma niezadługo dzieło o chorobach serca Dra Widmanna we Lwowie i że się drukuje także dzieło psychijatryczne Dra Rothego, naczelnego lekarza szpitala św. Jana w Warszawie. (Patrz inserat w ni niejszym Numerze).

* Otrzymaliśmy ozdobnie oprawiony 4ty tom *Index Catalogue of the Library of the Surgeon-General's Office. U. S. Army*, Washington, 1883, in 4to, str. 1033. Wiadomo, że wydawca tego ogromnego dzieła, odznaczającego się wielką dokładnością, ślicznym i poprawnym drukiem jest Dr. Billings, chirurg armii północno amerykańskiéj. W 4ch tomach dotychczasowych mieści się 35,431 nazwisk autorów, 41,483 tytułów osobnych książek oraz 149,737 tytułów rozpraw, umieszczonych w rozmaitych czasopismach. Uderzającą jest rzeczą, że autor podaje tytuły polskie bardzo poprawnie a co dziwniejsza, że w nawiasie umieszcza dokładne tłumaczenie angielskie znaczenia owych tytułów. Tom 4ty zawiera wyrazy od Eade aż do Fizes, a rozprawy umieszczone pod wyrazem Fever zajmują 300 stronnic, każda o dwóch szpaltach drobnego, ale nadzwyczaj pięknego i czytelnego druku! Prawdziwie podziwiać należy tę mrówczą pilność autora, bogactwo biblijoteki urzędu wojennego, a niemniej obfitość środków i hojność Amerykanów, skoro nietylko czasopismom i zakładom naukowym jak najregularniéj przesyłają bezpłatne egzemplarze tego wspaniałego wydawnictwa, ale nawet portoryjum opłacają.

* Dzieło zbiorowe Maschki wychodzi obecnie w tłumaczeniu włoskiém, nakładem Mikołaja Jovena w Neapolu.

* **Monachijum.** Książę bawarski Ludwik Ferdynand otrzymał temi dniami dyplom doktora medycyny *honoris causa* za napisanie dzieła o anatomii porównawczéj języka. Rektor uniwersytetu Pettenkofer wręczył dyplom księciu w sposób uroczysty po stosownéj przemowie, przyczém obecna była i małżonka księcia, siostra króla hiszpańskiego Alfonsa. Oprócz ks. Ludwika Ferdynanda posiada dyplom doktora medycyny i ks. Karol Teodor bawarski, brat Cesarzowéj austryjackiéj, znany z prac swoich naukowych oraz z gorliwości, z którą oddaje się na usługi cierpiących, zwłaszcza biednych.

□ **Paryż**. Na posiedzeniu Towarzystwa bijologicznego, odbytém 22 grudnia, mówił Dr. Gałęzowski o pomyślnych wynikach leczenia bezładu mięśniowego i zaniku nerwu wzrokowego sinkiem złota i potasu. Na poparcie swych słów mowca przedstawił chorą, która cierpiała na objawy bezładu mięśniowego (*ataxia locomotrix*); wzrok jéj był tak upośledzony, że zupełnie nie mogła czytać, pole widzenia było bardzo ścieśnione, a wziernik wykazywał zanik nerwu wzrokowego; Dr. Gałęzowski wstrzykiwał téj choréj w ciągu trzech miesięcy po 0,005 sinku złota codziennie i wyleczył ją z nadzwyczaj dotkliwych bólów opasujących; zanik nerwu wzrokowego rozumie się nie ustąpił; lecz pole widzenia rozszerzyło się znacznie. Prelegent wspomniał o 5 przypadkach obecnie leczonych sinkiem złota; polepszenie u wszystkich chorych zostało stwierdzone, lecz kuracyja jeszcze jest w toku, i ostateczne orzeczenie o jéj skuteczności należy odłożyć na późniéj. — Na témże posiedzeniu Dr. Dubois mówił w zastępstwie prof. Berta o nowym sposobie znieczulenia chirurgicznego za pomocą miareczkowanéj mięszaniny powietrza i chloroformu. Sposób ten został już wypróbowany w klinice prof. Péana z zupełném powodzeniem. Bert już dawniéj udowodnił, że niewielką ilością chloroformu można zabić zwierzę wielkich rozmiarów, jeśli chloroform nie jest zmięszany z wielką ilością powietrza, tak że stosunek 25,0 na 100 litrów powietrza jest jeszcze zabójczy. Natomiast 10,0 chloroformu na 100 litrów powietrza wywołuje u psa przeszło godzinę trwające znieczulenie zupełne bez żadnych złych następstw dla organizmu zwierzęcia. Sposób ten ma te korzyści, że zużywa mniéj chloroformu, że jest nieszkodliwy dla organizmu, że chorzy chętnie poddają się znieczuleniu, niedoświadczając przykrego uczucia duszenia w piersiach. Mięszaninę gazową umieszcza się w gazometrze, chory ją wdycha przez rurę kauczukową na swym wolnym końcu zastosowaną do przykładania do ust. (*Le Progrès médical*, Nr. 52).

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin.** Docent prywatny Dr. Sonnenburg mianowany został nadzw. profesorem a docent prywatny Dr. Glück otrzymał tytuł profesora. — **Zurych.** W miejsce Huguenina powołany został prof. Eichhorst z Gietyngi. — **Praga.** Wydział lek. niemiecki przedstawił docenta Dra Kischa na prof. nadzw. balneologii. Prof. okulistyki Hasner prosił stanowczo o uwolnienie od obowiązków profesora. W Wydziale lekarskim czeskim potwierdzeni zostali jako docenci prywatni Drowie Karol Schwing (położnictwa i ginekologii), J. Michl (chirurgii) i Józef Thomayer (chorób wewnętrznych). — **Pawia.** Katedrę medycyny sądowéj po Tamassim, przeniesionym do Padwy, objął Dr. Pellacani, dotychczasowy docent tegoż przedmiotu w Turynie. — **Halla.** Prof. Volkmann mianowany został jeneralnym lekarzem 1 kl. a docent prywatny Dr. Pott prof. nadzw.

* **Wiadomości osobowe.** Przeniesieni zostali do obrony krajowéj starsi lekarze w rezerwie Drowie Włodzimierz Hrycykiewicz, prof. Józef Łazarski, prof. Jan Horbaczewski, Emanuel Rosenblatt i Edward Witkowski oraz lekarz asystent w rezerwie Dr. Lucyjan Jakobi.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 1: Neugebauera: Dalszy przyczynek do nauki o pośrodkowém zeszyciu pochwy, jako środku do wyleczenia wypadnięcia macicy; Sokołowskiego: Przypadek zawału krwotocznego w płucu z przebiegiem gorączkowym. — W *Medycynie* Nr. 1: Meyersona: O wprowadzaniu świeczek do trąbki Eustachiusza w nieżytach ucha średniego.

Redakcyja otrzymała:

Dr. Freiherr v. PFUNGEN: Analyse der psych. Erkrankungen u. d. psych. Herdsymptome nach Störungen d. Associationen. (Osobne odbicie z *W. med. Bl.* 1883), in 8vo str. 27.

Dra FŁUSZCZEWSKIEGO: K patołogiczeskoj Anatomii proizwolnych myszie skieleta i diafragmy pri tifach. Petersburg 1883.

Dr. TRYNITATSKIEGO: Strojenije i proischożdienije pieszczanych tieł w nowoobrazowanijach. Petersburg 1883.

Dr. DEREWJANKI: K woprosu o rezekcii kolennaho sustawa pri chroniczeskich fungoznych wospalenijach jeho. Petersburg 1883.

Dr. TROICKIEGO: Matierijały k uczeniju ob epidemiczeskom periparotitie. Petersburg 1883.

Dr. ANDRIEJEWSKIEGO: O sposobach izsledowanija prodażkaho i razbawlennaho wodoju mołoka. Petersburg 1883.

Dr. ROZENBACHA: Owlijanii gołodanija na nierwnyje centry. Petersburg 1883.

Piśmiennictwo lekarskie. RAMONÈDE. Le cancer peritonéo-vaginale etranglée chez l'adulte. Av. 2 pl. 8. Paris, Delahaye et L. Fr. $2\frac{1}{2}$.

RIBOT Th. Les maladies de la volonté. 18. Paris, Germer Baillière et Co. Fr. $2\frac{1}{2}$.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 19 stycznia 1884. **№ 3.** Rok XXIII.

I. Przyczynek do nauki o alkoholizmie.

Napisal prof. **J. Mierzejewski** w Petersburgu.

Wzajemny stosunek między alkoholizmem a występkiem. — Obłęd pijacki. — Halucynacyje alkoholików. — Somnambulizm alkoholiczny. (*Trance state*). — Sądowolekarski przypadek alkoholizmu.

Nadużycie wyskoku a występek są to dwa objawy życia społecznego ściśle ze sobą związane. W większości państw od 50% do 60% występków bywa popełnianych pod wpływem zatrucia wyskokowego, a sam wyskok, bardzo być może, daleko więcéj przyczynia się do rozprzestrzenienia ludzkich bezprawi, aniżeli nędza i ciemnota, te zwykłe spólniczki wszystkiego złego. Z 32,837 więźniów, utrzymywanych w 120 niemieckich domach poprawy, 43,9% mężczyzn i 18% kobiet przypada na takich, którzy popełnili występek pod wpływem ostrego lub chronicznego zatrucia wyskokiem. Z pomiędzy spożywaczy wyskoku pierwszéj kategoryi naliczono 53,6% przypadkowych i 46,4% nałogowych pijaków, 63,2% zaś zbrodni zostało spełnionych przez ludzi pijanych, których część była nałogowymi pijakami. W Wielkiéj Brytanii i Irlandyi większość występków przypada na pijaków. Nie dosyć na tém, mnóstwo przypadków rozbicia się okrętów, mnóstwo nieszczęść na kolejach żelaznych zdarza się także z winy pijaków, nieakuratnie spełniających swoje obowiązki, w skutek jednorazowego lub téż nałogowego nadużycia wyskoku; w wielu przypadkach bankructw i pożarów opilcy grają główną rolę.

Jak w kryminalnéj tak i w ogólnéj obyczajowéj statystyce ma wielkie znaczenie rodzaj napojów wyskokowych, wywołujących jużto chwilowe opojenie, jużtéż to nałogowe opilstwo i jego skutki.

Lunier np. dowiódł, że w tych departamentach Francyi, w których użycie wódki bardziéj jest rozpowszechnione aniżeli wina, spostrzega się daleko więcéj przypadków chorób umysłowych, nagłéj śmierci, zabójstw i rozmaitych występków, pozostających w związku z pijaństwem, aniżeli tam, gdzie, naodwrót, wino ma większy odbyt aniżeli wódka; jednem słowem wspomniane ujemne objawy życia społecznego pozostają w prostym stosunku do ilości użytéj wódki, do czego nie przychodzi pod wpływem wina.

Wziąwszy pod uwagę cały zbiór podobnych faktów nie można ani chwili wątpić o wzajemnéj ich zależności; Lunier potwierdza tę zależność wielu dowodami, a nietylko samo nazwisko tego autora daje zupełną pewność słuszności jego wniosków ale i ta okoliczność, że wnioski swoje oparł na dokumentach urzędowych.

Pewném jest, że niszczące działanie wódki zależy głównie od jéj nieczystości. Wiadomo, że w wódce sprzedawanéj dla spożycia, oprócz alkoholu etylowego, znajduje się większa lub mniejsza przymieszka alkoholu amylowego, butylowego, propylowego i innych substancyj, których trujący wpływ na organizm dowiedziony został wielu doświadczeniami i wielu obserwacyjami. Istoty te można zawsze wydzielić i przekonać się nietylko o ich chemicznym składzie, ale i o toksykologicznem działaniu każdéj w szczególności. Dla wykrycia ich istnieją także bardzo pewne sposoby, pozostaje zatém mieć tylko nadzieję, że z czasem wszystkie rządy, w myśl postanowienia Kongresu paryskiego z r. 1878, dozwolą przygotowania napojów wyskokowych wyłącznie z alkoholu etylowego, bez żadnych innych przymieszek. Dotychczas jednak kwestyja ta, tyle ważna dla dobra ogółu, nie doczekała się należytego uwzględnienia, chociaż o to dopominają się bezustannie liczne ofiary alkoholizmu, którego najbliższy rezultat stanowi z jednéj strony obłąkanie i przedwczesna śmierć (w Anglii umiera corocznie 60,000 mieszkańców wyłącznie z nadużycia wyskoku), a z drugiéj, występek.

Rozumie się, że nie należy wpadać w ostateczność, jak to niektórzy czynią, i sądzić, że jedyną i wyłączną przyczyną chronicznego alkoholizmu są przymieszki powyżéj wspomniane i że czysty alkohol etylowy lub wino nie są szko

dliwemi; [1]) wszakże nie ulega żadnéj wątpliwości, że wyskok zawierający w sobie owe przymieszki gra pierwszorzędną rolę w szeregu czynników niszczących ludzkość fizycznie i moralnie; alkoholizm bowiem nietylko doprowadza do nędzy, upadku moralności, do chorób umysłowych, tak ostrych jak przewlekłych, ale nadto przy pomocy tych właśnie następstw stanowi przyjazny grunt dla kiełkowania, wzrostu i dojrzewania wszelkich występków. Dla dowiedzenia ścisłego związku, który istnieje między pijaństwem a obłąkaniem, dosyć nam wspomnieć, że czwarta część chorych umysłowych należy do kategoryi alkoholików. W Prusach liczba obłąkanych w różnych prowincyjach jest proporcyjonalną do ilości szynków, tam znajdujących się.

Alkohol jednak nietylko przez szkodliwy wpływ na władze umysłowe staje się przyczyną licznych występków. Działa on w tym kierunku jeszcze inaczéj, więcéj pośrednio. I tak wiadomo, że dzieci pijaków są nader usposobione do nadużycia napojów wyskokowych, czy to dziedzicznie, czy téż w skutek odpowiedniego wychowania. Z 8,305 przestępców różnych prowincyj Niemiec od 10,5 do 34,6% odziedziczyło nałóg pijaństwa po rodzicach; w Ameryce zaś, jak dowodzi statystyka, indywidua pochodzące od rodziców nałogowych pijaków mają 10 razy więcéj skłonności do występków i tyleż razy częściéj są karane i giną na rusztowaniu, aniżeli ci, którzy pochodzą od rodziców trzeźwych.

Jeżeli alkoholizm sprowadza nędzę, upadek moralności i obłąkanie jako momenty usposabiające do występku, to i te momenty ze swéj strony przyspieszają i zwiększają zgubne następstwa nadużycia napojów wyskokowych; dzięki takiéj ściśléj zależności alkoholizm w podobnych przypadkach o wiele silniéj uwydatnia swój niszczący wpływ a jego owoce bujnie dojrzewają na gruncie pozbawionym równowagi psychicznéj, na gruncie usposobionym przez odpowiednie procesy tkanki mózgowéj.

Choroby umysłowe często wikłają się z alkoholizmem i wiadomy jest fakt, że obłąkani pozostawieni bez opieki łatwo podlegają pijaństwu. Podobny związek między alkoholizmem a chorobami umysłowemi spostrzegano szczególnie w czasie komuny paryskiéj; z chorych na niedołęstwo postępujące, dostawianych do zakładów paryskich w maju 1871 roku, więcéj niż połowa oprócz objawów właściwych téj chorobie okazała objawy alkoholizmu. W razach powikłania tych dwóch stanów może się zdarzyć bardzo łatwo, że obłąkany popełni występek, którego pobudki nie będą zależne od choroby umysłowéj, lecz od zmian patologicznych, wywołanych późniejszém już nadużyciem alkoholu i wtedy pobudki te rysują się bardzo wydatnie na tle cierpienia umysłowego.

Bliskie pokrewieństwo alkoholizmu z występkiem niewątpliwie dowodzi, że środki ograniczające rozpowszechnienie pierwszego jednocześnie powstrzymują, a co najmniéj łagodzą, ostatni. Dla tego ile razy psychijatrzy sądowi przystępują do badania pijaka nałogowego, winni uwzględnić nietylko doniosłość wszystkich fizycznych i moralnych warunków zmniejszających jego poczytność, ale nadto wypada im mieć na oku wszystkie okoliczności, które w danym czasie i w daném miejscu sprzyjały lub przeszkadzały rozpowszechnieniu alkoholizmu. Usiłowania przedsięwzięte dla ochronienia organizmu społecznego od zatrucia spirytusem nie pozostają bez wpływu, przynajmniéj do pewnego stopnia, na czyny występne alkoholika. Dokładne zbadanie kwestyi o poczytności alkoholika może tylko dopomódz do bliższego poznania tych warunków, które zwiększają lub zmniejszają rozpowszechnienie napojów spirytusowych. Wśród tych warunków najpierwsze niezawodnie miejsce zajmują rozporządzenia prawodawcze, administracyjne i finansowe regulujące samą rozsprzedaż wyskoku, a w szczególności prawidła ograniczające lub nawet zabraniające sprzedawania spirytusu zawierającego w sobie wyżéj wspomniane trujące przymieszki. Zastosowanie podobnych prawideł napotyka znaczne trudności już dla tego, że napoje zawierające wyskok oczyszczony są w ogóle bardzo drogie, a na teraz trudno liczyć na możność tańszego ich wyrobu. Rozumie się, że idea o wolności osobistéj, zasada wolności przemysłu i handlu, wielce przeszkadzają zastosowaniu jakichkolwiek ograniczających przepisów; wszakże bez względu na tę swobodę każde państwo ma prawo, a nawet obowiązek, ochraniać ciemne tłumy od działania prawdziwéj trucizny. Maleńka Belgija może w tym względzie posłużyć za wzór; w niéj na 5 milijonów mieszkańców znajduje się około 80,000 sklepów z napojami wyskokowemi, z których rząd otrzymuje 1.600,000 franków podatku; cały ten fundusz służy na utrzymanie policyi zdrowia, mającéj za zadanie pilnować dobroci sprzedawanych napojów wyskokowych. W Szwecyi srogie przepisy przeciw nadużyciu wyskoku bardzo ograniczyły ogólne pijaństwo; najwięcéj wszakże korzystném okazało się ścisłe śledzenie dobroci gatunku wyrobów wyskokowych.

Między warunkami, które wpływają na rozpowszechnienie alkoholizmu niemałoważną grają także rolę pewne własności danego społecznego organizmu. Wiadomo, że niski stopień rozwoju umysłowego, walka o byt, złe odżywianie, niedostatecznie nagradzana praca, znaczne znużenie na stanowisku niezabezpieczoném i zależném, wymagającém nieustannego naprężenia sił fizycznych i moralnych, wszystko to usposabia do nadużycia alkoholu. To usposobienie znacznie powiększa zły przykład, który tak łatwo spotyka się tam, gdzie wada pijaństwa już zapuściła głębokie korzenie. Alkohol w takich razach jako środek narkotyczny przytępia przykre wrażenia i, na pewną chwilę daje możność zapomnienia o ciężkich trudach życia; jednocześnie wszakże niszczy człowieka fizycznie i moralnie.

Bez wątpienia niewszystkie ofiary alkoholizmu należą do klasy biednych, ciemnych, spracowanych i nieszczęśliwych. Historyja dowodzi, że oprócz powyżéj wspomnianych warunków sprzyjających rozpowszechnieniu alkoholizmu istnieje w ludzkości jakoby wrodzony pociąg do użycia środków narkotycznych; ten pociąg był po wszystkie czasy i jest we wszystkich klimatach. Alkoholizm naprzykład, nader głęboko zakorzeniony wśród angielskich robotników, czyż można sobie objaśnić jedynie tylko niekorzystnemi warunkami życia, skoro zarobek ich, obliczony podług urzędowych dokumentów przez prof. Lewiego, wynosi 10 milijardów i 450 milijonów franków na rok. Jednak pomimo téj bajecznéj sumy zarabianych pieniędzy panuje pośród robotników angielskich wielki niedostatek. Niektórzy widzą w tém dowód fatalnego wpływu alkoholizmu; i rzeczywiście ci sami robotnicy, zarabiający tak kolosalną sumę, wydają z niéj jedną trzecią część wyłącznie na napoje wyskokowe. Wszechwładny wpływ alkoholu w Anglii tak silnie przygnębił swoje ofiary, tak niewolniczo usposobił ich władze umysłowe, że wszelki opór namiętności pijaństwa staje się coraz słabszym i liczba przypadków śmierci od nadużycia wyskoku dochodzi tam co-

[1]) W takich razach trzeba mieć koniecznie na względzie ilość (procent) alkoholu, który w sobie zawiera spożywana wódka i wino.

rocznie do 60.000 i więcéj. Naturalnie, że możemy odszukać pewne przyczyny, choć w części wyjaśniające to na pozór niepojęte pijaństwo robotników angielskich, że wspomnimy tylko o 12-godzinnéj codziennéj pracy, przy któréj pewną ulgę mogą przynieść środki pobudzające.

Wskazawszy związek, jaki istnieje między alkoholizmem a występkiem, jesteśmy w prawie wnosić, że ogromna liczba przestępstw popełnianych przez nałogowych pijaków w Anglii i w Niemczech dowodzi, iż organizm społeczny tych państw nie jest dostatecznie zabezpieczony od działania téj zarazy. U nas także dzięki pijaństwu niemała liczba spraw kryminalnych przychodzi przed sąd przysięgłych z udziałem biegłych lekarzy. Częste uniewinniające wyroki w takich sprawach i w ogóle nader łaskawy pogląd sędziów na postępki pijaków nie powinny nas dziwić, w tém bowiem prześwieca tylko sprawiedliwość sumienia społecznego, które wie, jak słabe są nasze środki, stósowane w walce przeciw pijaństwu.

Korzystając z bogatego materyjału w kwestyi poczytności alkoholików, który otrzymuje Rada lekarska w Petersburgu dla wypowiedzenia swojéj ostatecznéj opinii, postanowiliśmy zaznajomić czytelników z jedną tego rodzaju sprawą, odznaczającą się niezwykłemi okolicznościami. Ponieważ w téj sprawie rzecz idzie o nałogowego pijaka, to przedewszystkiém postaramy się opisać pokrótce patologiczny stan alkoholika z dodatkiem kilku ogólnych uwag o alkoholizmie.

Przez alkoholizm przewlekły rozumiemy zbiór objawów z cechą zwyrodnienia fizycznego i psychicznego, powstałych w skutek nadużycia napojów wyskokowych. Objawy te głównie tyczą się cierpienia mózgu i rdzenia kręgowego, cierpienia, mającego po większéj części w początku cechę zadrażnienia i kończącego się zanikiem. Niektóre z tych objawów są stałe, prawie niezmienne i podlegają tylko krótkotrwałym wahaniom, inne zaś są skryte i występują na jaw śród odpowiednich warunków i pewnych sprzyjających okoliczności. Pierwsze, powszechnie znane, rzadko bywają przedmiotem sądowo-psychijatrycznego badania; ostatnie, nieraz wiodące do czynów występnych, podlegają śledztwu sądowemu. Nagłe ich wystąpienie czasem wśród najzupełniéj normalnego na pozór stanu psychicznego, ich krótkotrwałość i prędkie zniknięcie staje się dla sędziów podstawą podejrzywania w nich pochodzenia chorobowego. W takich razach często powstaje pytanie co do umyślnego udawania, od rozstrzygnięcia którego zależy los alkoholika. Mając właśnie na względzie wielką doniosłosć kwestyj sądowo-psychijatrycznych ściśle związanych z temi krótkotrwałemi objawami przewlekłego alkoholizmu, postaramy się w dalszym ciągu naszego opisu pilną na nie zwrócić uwagę.

Najpierwsze zwiastuny zwyrodnienia właściwego pijakowi nałogowemu przejawiają się w sferze moralnéj; w tym względzie władze duchowe alkoholika podlegają ogólnemu prawu rozkladu, według którego najpóźniejsze nabytki zatracają się najwcześniéj. Wyższe pojęcia o cnocie i honorze, o obowiązkach obywatelskich stopniowo tępieją i giną. Człowiek staje się gburem, egoistą i cynikiem; nadzwyczaj lekkomyślnie zachowuje się pod względem swoich obowiązków; nie dba więcéj o opinię publiczną, o opinię kolegów i znajomych; nie troszczy się o swoją rodzinę i ani o żadne obietnice, ani uwagi szanowanych wprzód przez niego krewnych i przyjaciół, ani nawet przykre następstwa, grożące mu z porzucenia służby i domu, nie mogą go wyprowadzić z tego stanu letargicznego, w który go popchnęło przytępienie uczucia moralnego. Taki człowiek przestaje się interesować wszystkiém, co sprzyja rozwojowi, udoskonaleniu i uszlachetnieniu społeczeństwa, chociaż uprzednio był na to wrażliwy i przejmował się tém głęboko. Teraz wszystko to zdaje mu się być mizerném, pozbawioném wszelkiéj treści, niezasługującém na żadną uwagę i daje mu powód do cynicznych żartów lub płaskich drwinek. On szuka towarzystwa odpowiedniego dla swoich zezwierzęconych instynktów i skłonności i całkowicie się im poddaje. Na takim gruncie, pozbawionym powstrzymującego wpływu wyższych władz duchowych, bardzo łatwo powstają porywy (afekty) gniewu, dochodzące pod wpływem drobiazgowych przyczyn do znacznéj siły i często kończą się prawdziwym wybuchem gwałtowności (*ferocitas ebriosa*). Alkoholik podlega czasem, a szczególnie rano, napadom tęsknoty i przygnębienia, pod wpływem przykrego poczucia fizycznego i umysłowego osłabieniu pod wpływem myśli o zmarnowaném swojém życiu, o oczekującéj go hańbie. Podobny stan doprowadza go do rozpaczy i wywołuje nawet wstręt do życia (*morositas ebriosa*). lecz skoro tylko na pomoc pojawi się wódka, ona niezawodnie wróci mu spokój i dzięki przytępiającemu działaniu unicestwi ostatnie już i słabe odblaski żalu i krytycznego poglądu na samego siebie.

Alkoholik nie tylko zawsze jest skłonny obwiniać innych a nie siebie co do następstw (utrata szacunku przyjaciół, upadek interesów rodzinnych i majątkowych itp.), do których go doprowadziło pijaństwo, ale nawet swój pociąg do wódki zwykle stara się wytłumaczyć nieuniknionym zbiegiem okoliczności, w których nie on, lecz inni grali rolę kierowniczą. I tak zarzuca naprzykład żonie, nie mając żadnych na to dowodów, niewierność i zdradę małżeńską utrzymując, że takie postępowanie zburzyło jego szczęście i spokój i doprowadziło do pijaństwa z rozpaczy; to znów korzysta z każdéj okoliczności, jak np. ze śmierci krewnych, lub bliskich znajomych, z jakichkolwiek prośb kolegów, lub przyjaciół o zapomogę, dla uniewinienia swojego pijaństwa. Słowem zmartwienie i ludzka niesprawiedliwość, oto najczęstsze pobudki, które pijak zawsze ma ua podorędziu dla oszukania innych i siebie. Stopniowo upadek psychiczny zwiększa się; następuje pewne utrudnienie sprawy myślenia, niemożność dłuższego zatrzymywania uwagi nad przedmiotem pewnym, przewodnia nić rozmowy często się urywa, ginie żywość fantazyi, pamięć słabnie, wrażliwość tępieje, słowem coraz wyraźniéj zarysowują się objawy osłabienia zdolności umysłowych. Jako powikłanie takiego stanu zdarza się porażenie połowicze, a w rzadkich przypadkach nawet prawdziwe porażenie postępujące.

Zaburzenia w sferze czucia zasługują u alkoholików na szczególną uwagę. Czułość skórna bywa u nich powiększoną, zmniejszoną lub przewrotną. Alkoholik podlega parestezyjom w najrozmaitszych okolicach ciała; szczególnie wieczorem przed zaśnięciem czuje już to odrętwienie, już też to kłucie jakby igłami, to rwanie, to znów jakby bieganie mrówek w nogach, w stawach lub też na krzyżu. Te same uczucia wywołuje u alkoholika tak ciepło jak i zimno. Czasem zjawiają się bóle w odnogach dolnych, w krzyżu, w okolicy nerek, a szczególnie na miejscach wyjścia nerwów. Bóle te dochodzą do takiéj siły, że chory zaczyna stękać i

krzyczeć. U niektórych alkoholików powiększona czułość na ból bywa tak znaczną, mianowicie na nogach, że najlżejsze dotykanie wywołuje przykre i nader bolesne wrażenie.

U alkoholików często także napotyka się analgezyję, która ogranicza się wyłącznie do skóry. Uczucie dla ciepła i dotyku zwykle pozostaje zachowaném i czasem tylko ulega nieznacznemu przytępieniu. Prawdziwe połowicze anestezyje zdarzają się bardzo rzadko. W dziedzinie wzroku zdarza się powiększona wrażliwość ze strony nerwu wzrokowego; taki stan w następstwie prowadzi do osłabienia czynności tego nerwu. Alkoholik od czasu do czasu widzi przed oczami iskry, małe muszki, niewyraźne kółka z początku błyszczące lub ubarwione różnemi kolorami, a potém ciemne i mgliste. Przedmioty, które widzi, zdają mu się drżeć i są jakby otoczone szarą, lub fijoletową powłoką. Zdolność rozróżniania kolorów słabnie, szczególnie zielonego od żółtego, albo też zielonego od niebieskiego. Z czasem tępieje i ostrość widzenia, fantastyczne senne widzenia, prawie zawsze groźnego charakteru, niepokoją chorego po nocach. Nareszcie, śród sprzyjających okoliczności zjawiają się halucynacyje, o których istocie i postaci pomówimy niżéj. Nienormalne objawy słuchu u alkoholików polegają na czysto podmiotowych szumach i pewném przytępieniu wrażliwości tego organu. Smak i powonienie prawie nigdy nie podlegają zmianom, chociaż po dłuższym czasie także słabną. Do wszystkich tych objawów przyłączają się od czasu do czasu: zawrót głowy, taczanie się, uczucie ciężaru w piersiach, duszność i ściskanie w gardle. W dziedzinie ruchu spotykamy trzęsienie członków; z początku zjawia ono się li tylko zrana przy wstawaniu; jeśli zaś zjawia się wśród dnia, to pod wpływem nadmiernéj dawki wyskoku. W dalszych okresach choroby objaw ten ustala się. Trzęsienie zaczyna się od rąk, i tylko następczo rozszerza się na całe górne odnogi, na stopy i na odnogi dolne, nareszcie na wszystkie mięśnie mające udział w mimice. Niekiedy trzęsienie opanowywa nawet mięśnie głowy i języka, polega ono na lekkiém rytmiczném drganiu z nieznacznemi pauzami, występującém szczególnie wyraźnie przy energicznych skurczach mięśni, lub też przy usiłowaniach chorego, aby nadać swoim ruchom jak najwięcéj akuratności i zgrabności. Ruchy rąk śród gry na fortepijanie, przy pisaniu itd., zwykle są nader niepewne, chód staje się również niepewnym a mowa utrudnioną. Oprócz trzęsienia mięśnie podlegają i spazmatycznym kurczom, którym niekiedy towarzyszy ból, a mianowicie w łytkach. Nakoniec wszystkie ruchy słabną, następują parezy zginaczy, albo też wszelki ruch ustaje w skutek prawdziwych porażeń. U kobiet alkoholiczek często się napotyka obustronne porażenia, odznaczające się bolesnością, które opisane były w Anglii przez Wilksa, a we Francyi przez Leudeta. Odruchy ścięgniste po największéj części są podwyższone; ten objaw miałem sposobność spostrzegać u kilku nałogowych pijaków nawet obok obustronnego porażenia odnóg dolnych. Nie rzadko także zdarza się spotkać u chronicznych pijaków przypady padaczki (konwulsyje z utratą przytomności); konwulsyje zjawiają się niekiedy tylko w jednéj połowie ciała albo nawet w jednéj z odnóg.

Zaburzenia naczynioruchowe i troficzne u alkoholików dotychczas są mało zbadane; do ich kategoryi należy zaliczyć obfite poty, puchlinę nóg, szczególnie na tylnéj powierzchni stóp (co zdarza się śród napadów, bólów i parestezyi), różne wysypki, jak np. *purpura*, *urticaria*, *erythema* (na tylnéj powierzchni rąk). Lancereaux obserwował na stopie pęknięcia paznokci i wrzody dziurawiące, przyjmujące niekiedy cechę zgorzeliny. U pewnéj kobiety cierpiącéj na obustronne bolesne porażenie odnóg dolnych, pochodzenia alkoholicznego, tenże sam autor widział zgorzel na obu nogach w miejscach symetrycznych.

Większość funkcyj u alkoholików podlega przeróżnym zaburzeniom, w szczególności wszakże cierpią te czynności, które sprzyjają wessaniu i wydzielaniu wyskoku z organizmu.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

II. Przyczynek do nauki o leczeniu ran.

Podał prof. **J. Mikulicz** w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 1).

I. Przyczynek do kwestyi używania rozpylacza.

„Przebrzmiał prawie już w Niemczech spór co do kwestyi, czy należy podczas operacyi bezustannie puszczać parę karbolową za pomocą rozpylacza na otoczenie pola operacyjnego. Chirurdzy po największéj części uznali, że mgła karbolowa jest zbyteczną, i w ten sposób pozbyli się najprzykrzejszéj części postępowania Listera“. Te słowa Königa (*Lehrbuch der allgem. Chirurgie)* cechują najlepiéj obecny stan kwestyi co do używania rozpylacza. Spór ten przebrzmiał wprawdzie w Niemczech, ale ostatecznie nie jest załatwionym. Że większa część chirurgów na lądzie stałym zupełnie zaniechała stosowania rozpylacza, albo przynajmniéj nie przyznaje mu większego znaczenia, o tém można się przekonać codziennie czytając opisy operacyj. Nawet Volkmann, o którym słusznie sądzimy, że upiera się przy istotnych częściach metody Listera, jak się zdaje, nie uważa rozpylacza za niezbędny przyczynek tego postępowania. Tak każe nam wnosić stanowisko, które zajmuje w sprawie rozpylacza Oberst [1]) w swém sprawozdaniu z amputacyj wykonanych w klinice Volkmanna: „Jeżeli się z jakiegokolwiek powodu nie jest zwolennikiem używania rozpylacza, to najczęściéj całkiem wystarczy zmyć ranę kilka razy jakimś płynem antyseptycznym“. Tak pisze Oberst kończąc krótką wzmiankę o kwestyi używania rozpylacza.

Nie mniéj jednak nie brak głosów usilnie broniących rozpylacza, a niektórzy znakomici chirurgowie do dziś dnia stale się go trzymają. Do rzędu obrońców rozpylacza należy np. Neuber *(Anleitung zur Technik der operativen Wundbehandlung.* Kiel. 1883), który przemawia za tém, żeby przynajmniéj w szpitalach, a zwłaszcza wojennych, używano go nadal. Podczas gdy jedni to czynią z przekonania, czynią to drudzy dla tego tylko, że nie chętnie pozbywają się środka, który, według ich przekonania, nie wiele może zaszkodzić, lecz owszem może nawet pomódz. Czy nad kwestyją użycia rozpylacza w Anglii już obecnie na seryjo rozprawiają, nie wiem. W dziele Watsona Cheynego (*Antiseptic Surgery by Watson Cheyne.* London. 1882) o leczeniu przeciwgnilném ran, które wyszło w r. 1882, nie uwzględniono wcale prac na kontynencie ogłoszonych z wyjątkiem rozprawy Trendelenburga, choć się pojawiły o dwa lata przedtém. Wydaje się to prawie jakby anachronizmem, że w tłumaczeniu niemieckiém Kammerera, które wyszło przed pół rokiem, całe rozdziały traktują obszernie o działaniu i zaletach rozpylacza. Czyż więc omówienie téj kwestyi nie jest na czasie?

---

[1]) *Die Amputationen unter dem Einflusse der antiseptischen Behandlung.* Halle. 1882.

Korzyści mgły karbolowéj musimy ocenić ze stanowiska teoretycznego i praktycznego. Praktyka nie jest w stanie dowieść konieczności rozpylacza; w obec wyników, które Trendelenburg, Bruns i wielu innych bez rozpylacza osiągnęło, nie może nikt wykazać lepszych rezultatów po stosowaniu rozpylacza. Można tylko podnieść zarzuty teoretyczne przeciw wnioskom wysnutym z doświadczeń tych i innych chirurgów; zarzuty, które tylko na podstawie doświadczenia zbijać można. Główny zarzut podnoszony od początku i do dziś dnia utrzymujący się przeciw przeciwnikom rozpylacza jest następujący: wyniki osiągnięte w pewnym szpitalu bez rozpylacza dowodzą tylko, że rozpylacz wśród warunków tego właśnie zakładu jest zbytecznym; wśród innych mniéj korzystnych warunków brak rozpylacza pociągnąłby może za sobą następstwa szkodliwe. Za tym zarzutem przemawiała i ta okoliczność, że w klinikach Trendelenburga, Brunsa i wielu innych, którzy operowali bez rozpylacza, używano przedtém mgły karbolowéj, i że w ogóle od kilku lat przestrzegano jak najmocniéj antyseptyki, w skutek czego stosunki higijeniczne kliniki do tego stopnia się polepszyły, że zredukowano w nich ile możności źródło zakażenia. Rozumowanie to niezawodnie jest usprawiedliwione i nie bez zasady twierdzi Wernich w krytycznym swym referacie (*Deutsche med. Wochenschr.* Nr. 48, 1880), że kwestyi stosowania rozpylacza w bardzo wielu klinikach obecnie rozstrzygać nie podobna. Dla klinicysty i lekarza praktycznego rozstrzygnięcie téj kwestyi jest zresztą zbytecznémé, gdyż w praktyce prywatnéj, tak twierdzą obrońcy rozpylacza, stosunki same przez się są korzystne, a w klinikach i szpitalach każdy dziś stosuje leczenie przeciwgnilne, a tém samém sprowadza korzystne warunki, które stosowanie rozpylacza mają czynić zbytecznémé. Największe znaczenie miałaby ta kwestyja dla chirurgii polowéj i rzeczywiście téż domagają się zwolennicy rozpylacza zatrzymania go w szpitalach wojennych. Każdy jednak przyzna, że właśnie w chirurgii wojennéj rozpylacz jest bardzo niewygodnym dodatkiem postępowania przeciwgnilnego, i że możność obejścia się bez niego daleko tu większéj jest wagi niż w praktyce pokojowéj, w któréj mamy czas stosować nawet bardziéj powikłane postępowanie. Ponieważ jednak słusznie staramy się ze względu na chirurgiję polową już w czasie pokoju uprościć ile możności leczenie ran, jest więc naszém zadaniem rozstrzygnąć pytanie co do konieczności użycia rozpylacza już w pokoju.

Zachodzi więc kwestyja, czy wśród niekorzystnych warunków higijenicznych bez rozpylacza można się obejść? Zdaje mi się, że każdy, kto czytał opis kliniki chirurgicznéj krakowskiéj, podany w poprzednim artykule, przyzna, że warunki higijeniczne w niéj nie są korzystne, i że należy do tych niewielu zakładów dla chorych, których wyniki także w oczach obrońców rozpylacza wydają się odpowiedniemi do rozstrzygnięcia téj kwestyi. Nie uwzględniam już tego, że mój poprzednik ś. p. prof. Bryk miał tak często niepomyślne wyniki co do gojenia się ran. Sądzę, że mam prawo twierdzić, że i teraz, skoro wyniki gojenia się ran w klinice są znacznie lepsze, ogólne stosunki higijeniczne téjże pozostały tak samo niepomyślne jak i przedtém, i dopóty pozostaną takiemi mimo najskrupulatniejszéj antyseptyki, dopóki klinika pozostanie w starém zabudowaniu.

Operowałem od samego początku w tutejszéj klinice bez rozpylacza. Tylko przed laparotomiją stosowano zawsze przez pół godziny przed samą operacyją mgłę, ale nigdy podczas téjże. Sądząc, że ze względu na wyż przytoczony zarzut obrońców rozpylacza właśnie wyniki pierwszego roku są rozstrzygającemi, zestawiłem operacyje w ciągu tego roku wykonane. Poniżéj podam dwie tablice zawierające te operacyje, które są ważne ze względu na kwestyję konieczności rozpylacza. Pierwsza tablica obejmuje te operacyje, których przebieg da się zapewnić przez opatrunek przeciwgnilny dokładnie ranę pokrywający, a które od początku nie były powikłane z zakażeniem gnilném i do których i późniéj niezależnie od rany taka komplikacyja przystąpić nie mogła. Wykluczone tu są więc np. operacyje przypadków, w których już było ropienie postępujące albo sepsis, hernijotomije i w ogóle operacyje na jelitach i żołądku. Druga tablica obejmuje operacyje wykonane na błonach śluzowych, od zewnątrz dostępnych, lub w ich najbliższém otoczeniu, wyłączając znów operacyje wykonywane w obec już istniejącego zakażenia gnilnego lub te, w których zakażenie niezależnie od rany wystąpić mogło, np. tracheotomije w przypadkach dławca, uretrotomije w przypadkach infiltracyi moczowéj. Ponieważ obie tablice zarazem mają wykazać wyniki osiągnięte za pomocą opatrunku jodoformowego, przeto zestawiłem w osobnéj rubryce i operacyje wykonane poza kliniką. Co do tych operacyj muszę nadmienić, że warunki higijeniczne, wśród których je wykonałem [1]), były daleko korzystniejsze niż w klinice. Niektóre jednak wykonałem wśród daleko gorszych jeszcze warunków, np. w brudnych nie do uwierzenia mieszkaniach żydów polskich.

Co do szczegółów mojego postępowania antyseptycznego trzymałem się przeważnie zasad podanych przezemnie w Przeglądzie Lekarskim [2]). Do oczyszczania narzędzi, gąbek, rąk zatrudnionych przy operacyi i pola operacyjnego używałem $4^1/_2$ do 5%, do zmywania rany $2^1/_2$ do 3% kwasu karbolowego. O ile stosowałem obok tego roztworu sublimatu, podam poniżéj. Do podwiązywania naczyń używałem katgutu, do szycia jedwabiu Czernego, drutu srebrnego (do szwów płytkowych) i katgutu chromowego (do szwów w głąb zapuszczanych). Gąbki przechowuje się bez szczególniejszego przygotowania po jednorazowém preparowaniu sposobem Kellera w 5% kwasie karbolowym i po użyciu napowrót wkłada się do takiego samego roztworu. Sposób zachowania gąbek podany przez Frischa (*Ueber Desinfection von Seide und Schwämmen zu chirurgischen Zwecken von Professor A. Frisch. Langenbecks Archiv.* B. XXIV., H. IV) mimo, że jest zupełnie uzasadnionym, nie da się przeprowadzić w mojéj klinice. Jest on wreszcie w obec mego sposobu używania gąbek zbytecznym; używam ich bowiem tylko przy większych operacyjach i czystych ranach. Przy użyciu tém nie doznają z pewnością zakażenia od rany, a tém samém skomplikowana następowa desinfekcyja tych gąbek jest zbyteczna. Wystarczy przechować je znów w 5% kwasie karbolowym. Po 8mio- lub 10-razowém użyciu myje się je w rozcieńczonym roztworze sody i kładzie znów wprost do kwasu karbolowego. Jeżeli gąbka przypadkowo zetknie się z ropą lub z zakażoną raną, niszczy się ją natychmiast. Jestto najpewniejszy sposób ochronny przeciw przeniesieniu przyrzutów przez gąbki. Do ran za-

---

[1]) Po części w mieszkaniach prywatnych, po części w prywatnym zakładzie Dra Gwiazdomorskiego, a niektóre w szpitalu św. Łazarza.

[2]) „O użyciu jodoformu w leczeniu ran“ 1881 i „Przyczynki do chirurgii, uwagi wstępne“ 1883.

każonych, operacyj mniejszych i operacyj w jamach wyścielonych błoną śluzową używam tylko wacików maczanych w 3% kwasie karbolowym i następnie dobrze wyciśniętych. Do opatrywania ran, t. j. jako środek przychodzący wprost na ranę, służył mi wyłącznie jodoform a mianowicie jako gaza jodoformowa; tylko wyjątkowo stosowałem jodoform w proszku na samą ranę. (C. d. n.)

III O wpływie dymu tytoniowego na ustrój ludzki i zwierzęcy.

Rzecz czytana na III Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w r. 1881.

Przez Dra **Tadeusza Żulińskiego** we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2).

IV. Na kim i jak robiono doświadczenia.

Doświadczenia z dymem tytoniowym robiono na dużych muchach, chrabąszczach, żabach, wróblach, gołębiach, kurach, świnkach morskich i królikach, jakotéż na ludziach niepalących wcale, na palących umiarkowanie i na namiętnych palaczach.

Pragnąc poznać wyłącznie skutki dymu tytoniowego na ustrój ludzki i zwierzęcy, urządzaliśmy o ile można takie warunki dla zwierząt używanych do badań, w jakich się człowiek często znajduje, śród oddéchania w miejscu przepełnioném dymem tytoniowym. Innemi słowy nie pozostawialiśmy nigdy zwierzęcia w miejscu, w którémby nie było wolnego otworu do wychodzenia dymu i wchodzenia świeżego powietrza, ale tak, jak to się dzieje zwykle w naszych pokojach, gdzie przez drzwi, szczeliny okien i kominy powietrze może wchodzić i wychodzić.

Nie tyle bowiem szło nam tu czysto o stronę toksykologiczną, ażeby wystawiając zwierzęta na wpływ dymu tytoniowego, doprowadzić je aż do utraty życia, ile o postrzeganie i badanie, ze względów fizyjologiczno-higijenicznych, objawów działania jego na bieg czynności życia w zwierzęcych ustrojach, i o wyniki patologiczne, a to, ponieważ dym tytoniowy nie bywa używany jako lek lub trucizna, ale jako rzecz „niewinna“, „nieszkodliwa“, jedynie dla przyjemności bywa wdechany. Palenia bowiem tytoniu używają ludzie dziś ciągle i częściéj nawet niż spożywają pokarmy i napoje.

Otóż dla zadośćuczynienia o ile można tym warunkom do doświadczeń ze zwierzętami wzięliśmy duże drewniane pudło, którego ścianę przednią stanowiła wsuwana i wysuwana z boku tafla szklana, ażeby przez nią było można dobrze widzieć zwierzę, z którém czyniono doświadczenia. Z jednego boku u dołu, był otwór, w który wsunięta była mała rurka szklanna, a do niéj na zewnątrz przymocowana długa rurka kauczukowa, przez którą wdmuchiwano dym tytoniowy. Na wierzchu pudełka było kilka otworów, które dały się do woli zatykać korkami, i odtykać. Tym sposobem dym, wdmuchiwany u spodu pudła, mógł swobodnie uchodzić przez górne otwory.

Nagłego wypuszczania dymu z pudła stósownie do potrzeby dokonywać było można przez szybkie wysunięcie szkła przedniego, i wydmuchiwanie dymu przez rurkę kauczukową.

Oprócz przyrządu tego posługiwaliśmy się także w doświadczeniach dużemi szklanemi kloszami, szczególnie dla much, chrabąszczy i żab. Klosze te jednak stały podparte tak, że zostawiały dosyć szeroką szparę od dołu dla wchodzenia i wychodzenia wdmuchiwanego dymu i powietrza.

W niektórych znów przypadkach używaliśmy i pęcherza, w który włożywszy np. głowę królika i przywiązawszy go do szyi jego, wdmuchiwaliśmy dym tytoniowy. W ścianie pęcherza były wprawione dwie małe rurki szklane; przez jednę za pomocą rurki kauczukowéj wdmuchiwano dym tytoniowy, a przez drugą świeże powietrze wchodziło i dym wychodził.

Niekiedy posługiwaliśmy się także pęcherzem, gdy chodziło o bliższe badanie pewnéj części zwierzęcia, np. łapy żaby, a raczéj błony jéj międzypalcowéj pod drobnowidem, dla zobaczenia zmian krążenia krwi, zostającego pod wpływem wdychanego dymu tytoniowego.

Dym, w którym utrzymywano, zwierzęta pochodził z rozmaitych gatunków tytoniu, i w rozmaity sposób był palony, a mianowicie: 1) w cygarach liściowych i 2) w papierosach, bez i z cygarniczkami 3) w fajkach o długim cybuchu i 4) o krótkim 5) w fajkach mocno nałożonych 6) średnio nałożonych 7) słabo nałożonych, albo palił się w naczyniu glinianém dużém, jak to opisano powyżéj przy przyrządzie przez nas używanym.

Dym wciągany i wdmuchiwany był do badanego miejsca, albo przez usta badacza, albo za pomocą powyżéj opisanego gazometru.

Doświadczenia na zwierzętach wykonywaliśmy przedewszystkiem z samym dymem tytoniowym, w całkowitym jego składzie, gdy co do sposobu palenia zachodziły różnice. Ażeby jednakże módz dokładnie poznać działanie i wpływ najgłówniejszych jego składników, z dymu tego przed wpuszczeniem go do badanego miejsca trzeba było koniecznie wydzielać stopniowo te i owe składniki pojedyńczo lub wspólnie po dwa i kilka naraz. Tym bowiem tylko sposobem można było przekonać się i osądzić, czy rzeczywiście tylko nikotyn, przy paleniu tytoniu, według dotąd dość rozpowszechnionego zdania, jest owym czynnikiem głównie i szkodliwie na ustrój działającym, czy téż i inne składniki razem i pojedyńczo brane niemały także wpływ swój wywierają.

Ażeby warunkowi temu zadość uczynić, dym tytoniu palącego się w naczyniu glinianém, zanim wchodził do respiratora, a następnie do badanego miejsca, w którém się znajdowało zwierzę do doświadczenia użyte, przepuszczaliśmy stopniowo przez flasze Wulfa, napełnione odpowiedniemi odczynnikami, pochłaniającemi te lub owe składniki tytoniu.

I tak dla pozbawienia dymu tytoniowego nikotynu przepuszczaliśmy go przez wodę silnie zakwaszoną kwasem siarkowym, a niekiedy przez rozcieńczony lub nawet stężony kwas siarkowy.

Amoniak i inne zasady pochłaniał równie kwas siarkowy.

Kwas pruski i węglowy oraz inne kwasy, chwytaliśmy w flaszkach Wulfa, napełnionych roztworem potażu gryzącego.

Tlenek węgla usuwaliśmy przepuszczając dym przez roztwór tlenku miedziawego w kwasie solnym.

Siarkowodór zatrzymywaliśmy przez roztwór wodny octanu ołowiu.

Prócz tego ponieważ palenie tytoniu, szczególnie na Wschodzie, odbywa się często za pomocą t. z. *Nargili*, t. j. fajek z wodą, w których dym zanim się do ust dostanie, przepłukuje się w wodzie, przeto robiliśmy doświadczenia i z dymem w ten sposób oczyszczanym, przepuszczając go przez wodę zawartą we flaszy Wulfa.

Dalej, ponieważ paląc tytoń we fajce, szczególnie na długim cybuchu, tak w fajce jak i w samym cybuchu zbiera się zwykle dość znaczna ilość tak zwanego soku tytoniowego z dymu powstającego, a śród palenia cygar tego nie bywa, t. j. dym w całości się do ust i płuc dostaje, przeto robiliśmy również doświadczenia i na zwierzętach oddzielnie z sokiem tytoniowym, aby módz orzec także i o jego wpływach na ustrój. Sok bowiem ten jest również produktem palenia się tytoniu, t. j. dymu tytoniowego.

Co się tyczy doświadczeń i badań na ludziach, te wykonywaliśmy nietylko na ludziach niepalących wcale, palących umiarkowanie, i na palaczach namiętnych, długo już nałogowi temu oddających się, ale i na ludziach różnego wieku, niepalących nawet przy samém badaniu, a tylko oddéchających dymem tytoniowym w pokojach nim napełnionych.

Badań tych i spostrzeżeń nad wpływem dymu tytoniowego na ludzi dokonywaliśmy zawsze w warunkach, które zwykle za „normalne“ i „nieszkodliwe“ są powszechnie uważane, jak np. w salach i pokojach, gdzie po kilka i kilkanaście, a nieraz i więcéj osób dłuższy czas pali fajki i cygara, a do odświeżania powietrza miejsca te nie posiadają żadnych wentylatorów.

Korzystaliśmy równie tutaj z licznych bardzo przypadków dowolnego, mimowolnego i zbrodniczego otrucia, jakie się tu i owdzie ostatniemi czasy wydarzyły, przez nadmierne palenie tytoniu, leczenie się jego dymem lub sokiem tytoniowym, lub rozmyślne otrucia nikotynem. Przypadki te bowiem, zdarzające się na ludziach, dały nam jedynie najlepszą możność stwierdzenia tych objawów i skutków, które tylko na zwierzętach spostrzegaliśmy i otrzymywać mogliśmy przy doświadczeniach.

V. Objawy i skutki fizyjologiczne.

Doświadczenia, które robiliśmy na zwierzętach w bardzo znacznéj ilości z dymem tytoniowym i jego pojedyńczemi składnikami, nie zawsze doprowadzaliśmy aż do śmierci zwierząt, ale badaliśmy je w różnych stopniach działania: otumanienia, omdlenia i zatrucia tytoniowego, wyprowadzając potém zwierzęta rzeczone z dymu tego na wolne powietrze, i cucąc je możliwemi sposobami.

W niektórych tylko razach pozostawialiśmy zwierzęta w dymie, gdzie, jak widzieliśmy, był zawsze i dostęp świeżego powietrza, a nadmiar dymu mógł swobodnie uchodzić, aż do nastania śmierci. Tym bowiem tylko sposobem można było badać dokładnie objawy, które z większéj lub mniejszéj ilości dymu tytoniowego powstawać mogą i powstają w ustrojach zwierzęcych.

Nie będziemy jednakże opisywać tu szczegółowo obrazów pojedyńczych doświadczeń naszych, dokonywanych w najrozmaitszy sposób na zwierzętach, boby nas to bardzo daleko zaprowadziło. Streścimy więc tu tylko z całego szeregu badań objawy w ogóle dostrzegane na żabach i na królikach, głównie tych bowiem zwierząt najczęściéj do doświadczeń używaliśmy.

Oto obraz ich na żabie i na króliku.

Żaba duża, umieszczona w wyżéj opisanym domku i wystawiona na wpływ dymu tytoniowego, z początku, skoro tylko dym rozchodzić się poczyna, rzuca się gwałtownie i mocno oddycha, poruszając silnie pokrywami brzusznemi i podgardzielem. Pyszczek często otwiera. Poci się cała, potém się uspakaja nieco, a oddechy coraz wolnieją i stają się coraz to mniéj widocznemi. Ruchów ciała coraz mniéj robi, aż staje się zupełnie nieruchomą. Na kłócia i szczypania coraz mniéj oddziaływa a w końcu wcale nie. Następuje drżenie całego ciała, a potém porażenie. Łapy przednie zostają jednak pierwéj porażone niż tylne. W zupełnym bezruchu zdycha żaba w 15—40 minut.

Królik Z początku zachowuje się dosyć spokojnie. Wkrótce jednak zaczyna się rzucać i niepokoić. Nos drapie często łapą. Ślini się silnie. Oddech staje się częstszy i mocniejszy, a serce gwałtownie bije. Mocz i stolce wydziela. Zaczyna cały drżeć. Głową rusza, chwieje się i chodzić nie może. Nachyla się na bok, głowę opuszcza, oddechy wolnieją. Źrenice rozszerzają się. Przewraca się najczęściéj na bok prawy. Czasem piśnie. Drgawki, a późniéj gwałtowny tężec. Zdycha w 15—50 minut. Sekcyja wykazuje krew jasno-czerwoną, a tkanki różowawe. Oto obraz, według wyniku z całego szeregu doświadczeń robionych z dymem tytoniowym na królikach. Różnice jakie tu zachodziły w sile objawów pojedyńczych, i w czasie jak długo one trwały, i kiedy doprowadzały aż do utraty życia, zależały zawsze nie tylko od gatunku palonego tytoniu, ale i od sposobu palenia, t. j. czy dym wpuszczany pochodził z cygar czy z fajki, czy fajka była o krótkim czy długim cybuchu, czy téż była t. z. nargilą, gdzie dym przechodził wpierw przez wodę.

Wydarzało się nam, że jedne i te same gatunki tytoniu na różne króliki różnie działały, t. j. raz słabiéj, drugi raz mocniéj.

Bywało i tak, że po użyciu do doświadczeń t. z. mocnych gatunków tytoniu, jak np. Wirginii, który wedle rozbiorów i obliczeń Schlösinga zawiera 6·87 części na 100 nikotynu, działanie na królika było słabsze, aniżeli wtedy, gdy paliliśmy Hawannę, która na 100 zawiera tylko 2·00% nikotynu.

Paląc znów jeden i tenże sam gatunek tytoniu w cygarach i w fajce, pokrajawszy wprzód cygaro na drobne kawałki do fajki, stwierdziliśmy, że dym pochodzący z cygar daleko silniéj zawsze działał, aniżeli z fajki, a z nargili jeszcze słabiéj, aniżeli ze zwyczajnych fajek.

Przypuszczając, że u zwierząt równie jak u ludzi istnieją różne usposobienia i stopnie wrażliwości do tych lub owych ciał i leków, t. j. tak zwana *idiosyncrasia*, sprawiająca, że jeden i tenże sam gatunek tytoniu na jedne zwierzęta silniéj a na drugie może słabiéj działać, jakoteż że pomimo firmy handlowéj i zapewnień kupców mogą nam być dawane inne gatunki tytoniu, jak te, których żądaliśmy, t. j. że mogą być już fałszowane w fabrykach, przeto aby módz przekonać się, czy działanie dymu tytoniowego rzeczywiście tylko, jak dotąd powszechnie utrzymywano i utrzymują, zależy głównie od zawartego w nim nikotynu, czy téż i inne jego części składowe tu nie małą także odgrywają rolę, postanowiliśmy wykonać o ile można następujące doświadczenia.

Najprzód używając jednego i tego samego gatunku tytoniu, doświadczaliśmy działania dymu z cygar z fajki i z nargili. Ponieważ przy nich okazało się, że dym z cygar najsilniej zawsze działał, a dym z nargili najsłabiéj, przeto całkiem naturalném było przypuszczenie, iż części, które się w wodzie, w fajce, i w cybuchu z dymu zatrzymywały, w formie tak zwanego soku tytoniowego, muszą koniecznie wpływać na owe różnice działania.

Robiliśmy przeto cały szereg doświadczeń na zwierzę-

tach z dymem zgęszczonym z pierwszéj flaszy Wulfa powyżéj opisanego przyrządu, i z tak zwanym sokiem tytoniowym z fajek, z cybuchów i z cygarniczek. C. d. n.

IV. Oceny i sprawozdania.

Falk: **Przyczynek do nauki o szczepieniu gruźlicy.** (Według wykładu w Towarzystwie lekarskiém berlińskiém 21 listopada 1883).

Po badaniach Kocha nikt zapewne nie wątpi, że gruźlica należy do chorób zaraźliwych; lecz gdy wszystkie choroby zakaźne dzielą się na takie, których przebycie nadaje organizmowi bezwzględną odporność przeciw téj saméj chorobie np. ostre osutki, dury, i na takie, których przebycie nie chroni przed powtórném zapadnięciem, nasunęło się pytanie co do gruźlicy, do któréj z tych dwóch grup zaliczyć ją wypadnie. Pytanie zaś to ma wielkie znaczenie praktyczne; gdyż od jego rozstrzygnięcia zależałaby możebność szczepienia ochronnego téj choroby. Lecz doświadczenia ze szczepieniem ochronném napotykają na ważną przeszkodę, t. j. brak szczepianki, którąby można na pewno uważać za nieszkodliwą i niezagrażającą życiu i to było właśnie powodem, że dobroczynny wynalazek Jennera szczepienia ospy długo miał między lekarzami i nielekarzami mnóstwo przeciwników, a szczepienie wąglika według Pasteura napotyka w swém praktyczném zastosowaniu na znaczne trudności. Jeżeli więc otrzymanie szczepianki tego rodzaju jest trudném w chorobach, które nawet po silném zakażeniu nierzadko szczęśliwie przebiegają, czegóż można się spodziewać po szczepionéj gruźlicy, która nietylko wywołuje prawie zawsze ogólne zakażenie po wprowadzeniu do ustroju, ale sprowadza prawie pewną śmierć zwierzęcia.

Aby szczepiankę zmienić w odpowiedni celowi sposób, używano różnych sposobów: najprzód brano bardzo małe cząstki jadu; lecz sposobu tego nie można użyć w gruźlicy, bo wiemy, że tu stosunkowo bardzo małe, ledwie podzielne ilości wystarczają do zakażenia. Daléj używano także w celu zmodyfikowania szczepianki wyższéj ciepłoty, lecz ten sposób napotyka na znaczne trudności w swém przeprowadzeniu, a z drugiéj strony wiemy, że ciepłota ponad 110° niszczy jad gruźlicy, według Kocha zaś cieplota między 37 a 40° najwięcéj sprzyja rozwojowi prątków gruźliczych. Wreszcie zwrócono uwagę i na chemiczne odczynniki, lecz te tylko w zgęszczeniu użyte działają, szczepianka więc w ten ostatni sposób zmieniona każe się obawiać, że mogą nastąpić po zaszczepieniu uboczne objawy zadrażnienia lub nawet zatrucia.

Dla tegoto F. obrał inny, dość oryginalny, sposób zmienienia szczepianki, tj. zapomocą rozkładu gnilnego. Autor bowiem już poprzednio zajmował się badaniem wpływu, jaki proces gnilny wywiera na prątki (patrz Przegląd Lek, Nr. 38, 1883), i wykazał, że jad gruźliczy pod wpływem tegoż znacznie słabnie. Lecz aby mieć jaką taką pewność, że sprawa gnilna nie zniszczyła do szczętu prątków, wybierał zwykle F. kawałki płuc, w których gnicie było wprawdzie dość daleko posunięte, ale nie dosięgało jeszcze najwyższego stopnia i te wkładał do jamy brzusznéj królików; nie było to więc szczepienie w ścisłém znaczeniu tego wyrazu.

Dość często spostrzegał autor, że materyjał, którego siłę zakaźną stwierdził w świeżym stanie, uległszy gniciu wywoływał tylko miejscowe zmiany gruźlicze. Że to nie było zwykłe zapalenie reakcyjne, pouczyły dalsze doświadczenia: jeżeli bowiem autor przeszczepiał treść owych ropni miejscowo wytworzonych, następowało ogólne zakażenie gruźlicze. Zwierzęta, u których powstały po szczepieniu zmiany miejscowe, pozostawały przy życiu i ropnie serowate goiły się przez zagęszczenie treści i skredowacenie. Następnie w różnych przestankach, od kilku dni do kilku tygodni, poddawał autor zwierzęta te powtórnemu szczepieniu świeżym jadem gruźliczym; lecz pokazało się, że nietylko te zwierzęta nie były więcéj odpornemi za powtórném szczepieniem ale i owszem zakażenie, któremu ulegały, było silniejszém, co już w obrazie klinicznym uwydatniało się prędszém zapadnięciem, silną gorączką i szybkiém wychudnieniem. Obraz anatomiczny był jeszcze więcéj uderzającym i tak w bliskości miejsca szczepienia zajęte były wielkie narządy gruczołowe brzuszne, a mianowicie wątroba i śledziona i to w tym stopniu, że jak się autor wyraża, można było raczéj nazwać te zmiany zwyrodnieniem niż naciekiem gruźliczym. Prócz tego w tym przeciągu czasu, w którym u zwierząt na których czyniono próby, dopiero tylko narządy brzuszne były zajęte, tu już sprawa gruźlicza przeszła i na płuca. Lecz możnaby mieć wątpliwość, czy to nie były skutki powoli się rozwijające pierwszego szczepienia. Aby tę wątpliwość usunąć, autor szczepił równocześnie innym zwierzętom tę samą szczepiankę i przekonał się, że nie było śladu rozszerzania się sprawy gruźliczéj. Że nie osłabienie ustroju skutkiem pierwszego szczepienia było przyczyną mniejszéj odporności, dowodzi fakt, że zwierzęta, którym przed szczepieniem kilka razy upuszczono krwi, były znacznie odporniejszemi, aniżeli te, które powtórnie szczepiono.

A więc gruźlica szczepiona należy do chorób, które nietylko powracają ale nawet nagabują ustrój daleko gwałtowniej, niż za pierwszém szczepieniem.

Virchow w odpowiedzi na powyższą rozprawkę uznaje genijalność pomysłu Falka, co do sposobu, w jaki wykonał swe doświadczenia; ujemny jednak ich wynik można było już z góry przewidzieć, bo gruźlica, chyba z wyjątkiem ostréj prosówkowéj rozsianéj, nie należy do chorób zakaźnych w ścisłém znaczeniu. Nazwę tę utworzył V. przed laty dla chorób, które nagabują ustrój w całości, i to nietylko przez to, że przyrzut działa bezpośrednio na to i owo miejsce, ale wywołuje w całém ciele dalsze zmiany, które szkodliwie działają. Stopień zakażenia nie zawsze pozostaje w prostym stosunku do ilości prątków, ale właściwie zależy od substancyj szkodliwych przez prątki wytworzonych. Wreszcie zwraca V. uwagę na zamięszanie powstałe po wykryciu prątków gruźliczych, gdy np. zapalenie serowate, w którém nie ma właściwych gruzełków, uważają za gruźlicze dla tego, że w niém prątki wykazać można i radzi, aby sprawy zapalne wywołane przez prątki nazwać prątkowemi (*bacillös*) w przeciwstawieniu do spraw chorobowych, w których się wytwarzają charakterystyczne gruzełki, a które obejmuje dawną nazwą gruźliczych. (*Berl. klin. Wochenschrift*, Nr. 50, 1883).

Dr. Otto.

Prof. E. Bergmann: **O operacyjach na gardzielu.** Podług wykładu w Tow. lek. berlińskiém.

Celem usunięcia nowotworów umiejscowionych w niższych częściach połyku trzy mamy chirurgiczne metody: 1) Metodą Malgaigne'a torujemy sobie drogę od okolicy gnykowéj, przecinając poniżéj kości gnykowéj warstwowo mięśnie i więzadła po nad głośnią aż do gardziela. 2) Metoda Langenbecka, używana szczególniéj w obec raków usa-

dowionych na dnie jamy ust, polega na przecięciu łukowatém części miękkich od kąta ust aż do brzegu zębodołowego szczęki dolnéj, którą w bliskości kąta zupełnie się obnaża. Odtąd cięcie pierwotne prowadzi się daléj ku dołowi, ale tylko w skórze. Warstwowo przecinając mięsień szeroki szyjny (*platysm. myoid.*), dociera się do powięzi szyjnéj, która pokrywa gruczoł podszczękowy. Po rozwarciu brzegów rany podwięzuje się żyłę twarzową wspólną, przebiegającą po nad dolny brzeg gruczołu podszczękowego. Jeżeli operacyję wykonywa się z powodu raka, to już tu znajdujące się schorzałe gruczoły chłonicze wycina się każdy oddzielnie, albo razem z pierwotnym nowotworem a dla tém łatwiejszego wyszukania takowych i doszczętnego ich wycięcia nie należy nawet oszczędzać gruczołu podszczękowego, albowiem tak za jak i pod nim ukrywać się mogą zwyrodniałe gruczoły, a nawet w jego miąższ wrastać. Przed wycięciem jednakże pamiętać należy o podwiązaniu tętnicy szczękowéj zewnętrznéj, która w górnéj tylnéj części gruczołu w jego miąższ się wciska. Po usunięciu gruczołu podszczękowego występują na pole operacyjne oba brzuśce m. dwubrzusznego, część przednia m. szczękognykowego, a dno przestrzeni operacyjnéj stanowi m. gnyko-językowy; po nim skośnie przebiega n. podjęzykowy. Odchyliwszy kilka włókien m. gnykojęzykowego, tuż pod n. podjęzykowym znajduje się tętnicę językową, którą należy podwiązać. Następnie przepiłowuje się szczękę dolną w miejscu wykonanego cięcia skórnego, a powierzchnia przepiłowania rozciąga się hakami resekcyjnemi. Przeciąwszy wreszcie napinające się włókna mięśnia dwubrzusznego otrzymujemy ranę na dłoń szeroką i przestrzeń operacyjną łatwo dla wzroku, ręki i narzędzia dostępną. Tamując krwotok równocześnie z każdym krokiem aktu operacyjnego, nie należy się obawiać aż do momentu przepiłowania szczęki nagromadzenia krwi w gardle lub w krtani. Aby następnie dotrzeć do możliwie najniższego punktu połyku, najodpowiedniéj jest po przepiłowaniu szczęki przeciąć łuk podniebienio-językowy, przedłużając cięcie następnie ku dołowi przez więzadło nagłośnio-językowe boczne zakończyć je w zatoce połykowo-krtaniowéj. Najczęściéj nie obejdzie się bez przecięcia językowéj gałązki n. troistego, jakotéż zewnętrznéj i wewnętrznéj gałęzi nerwu krtaniowego górnego. Zahaczywszy następnie małym silnym haczykiem nagłośnię, z łatwością daje się uwidocznić szpara głosowa. Asystent ustalający w ten sposób nagłośnię może równocześnie czuwać nad wchodem do dróg powietrznych usuwając gąbką płyny tam zdążające. W ten sposób odsłonięte pole operacyjne jest bardzo szerokie, a operator jak na dłoni ma przed sobą grzbiet języka, dno jamy ust, nagłośnię, jéj części przyległe, cały gardziel, migdałki i duże naczynia tętnicze i żylne, które w razie potrzeby może na bok usuwać lub podwięzywać.—Tak przygotowane pole operacyjne daje tę wielką korzyść, że operator może po podwiązaniu tętnicy językowéj prawie bezwarunkowo wykonać ekstyrpacyję języka. Autor operował 8 razy tą metodą, a podane opisy dwóch przypadków, odnoszące się do wycięcia nowotworów złośliwych, słuszne zdobywają dla téj metody uznanie. 3) Wreszcie Gussenbauer podaje sposób własny wycinania nowotworów złośliwych z rzędu trzeci, polegający na wykonaniu cięcia tak, jak przy esofagotomii, rozciągającego się od wyrostka sutkowego aż do pierwszych czterech pierścieni krtaniowych. Przez ranę otrzymaną wysuwa krtań ku przodowi i w ten sposób tworzy sobie przystęp do gardziela. Sposób ten jednak z tego względu jest niepraktycznym i od poprzedniego gorszym, że nie dozwala przeglądu całego pola operacyjnego w trzech ważnych kierunkach, mianowicie grzbietu języka, okolicy migdałkowéj i wewnętrznéj powierzchni szczęki dolnéj, w których najczęściéj złośliwe nowotwory rozgnieżdżają się, podczas gdy cięcie Langenbecka posiada wszystkie te zalety. Jedyną ujemną stroną metody Langenbecka są częste następowe zapalenia płuc w skutek nagromadzenia się krwi w drogach oddechowych, które najczęściéj niepomyślny wynik sprowadzają. Dziś zarzut ten niewielkie ma jednakowoż znaczenie, bo tamponując zręcznie podczas szybkiego odsłonienia szpary głosowéj można zupełnie krwi do krtani i oskrzeli nie dopuścić. Nie mniéj ważném jest zapobieganie nagromadzaniu się wydzielin z rany w zatokach i fałdach nad wejściem do krtani w przebiegu gojenia się rany. Metoda ta pozwala urządzić tak opatrunek, aby wszystkie wydzieliny natychmiast, bez zatrzymania się, wypływały z łatwością na zewnątrz; tworząc bowiem przetokę w najniższéj części rany z połyku przez błonę śluzową na zewnątrz, otrzymujemy najważniejszy czynnik przeciwgnilny, jaki przy operacyjach w połyku znamy, gdyż zapobiegamy przez to tworzeniu się kałuż gnijących, z wydzielin rany i krwi, i nie dopuszczamy, aby spływały do dróg oddechowych. Trendelenburg zwrócił uwagę na doniosłe znaczenie przestrzeni znajdującéj się między językiem a nagłośnią. Przestrzeni téj najstósowniéj jest użyć po operacyi za zbiornik, z którego utworzoną przetoką wydzieliny na zewnątrz odprowadzać się dają. Przetokę tę tworzy się przez zeszycie brzegów rany błony śluzowéj tuż nad nagłośnią z brzegami rany skórnéj. Kanalik otrzymany jest wcale obszerny i praktyczniejszy od drenów, które w tém miejscu łatwo się zaginają, a nadto drażniąc wewnętrznym końcem nagłośnię wywołują dławienie i kaszel. (Dok. n.)

Prof. Hirschsprung (Kopenhaga): **O stósowaniu cewnika u małych dzieci z uwagami dotyczącemi kazuistyki chorób nerkowych u dzieci.**

Występując przeciw mniemaniu dość rozpowszechnionemu, iż wprowadzenie cewnika napotyka u małych dzieci na trudności znaczniejsze niż u dorosłych i daleko większéj wymaga wprawy, utrzymuje autor, iż tylko obawie téj nieuzasadnionéj przed używaniem cewnika u młodziutkich dzieci przypisać należy twierdzenie, jakoby zapalenie nerek miąższowe było chorobą rzadką u osesków i u dzieci w pierwszych latach życia i występowało zawsze jako następstwo płonicy, która w okresie tym bardzo rzadko się pojawia. Odwołując się do rozprawy Kiellberga z Stokholmu, który wykazał, iż zapalenie nerek miąższowe towarzyszy bardzo wielu innym chorobom u dzieci właśnie w pierwszych latach życia, a szczególnie często wydarza się w następstwie nieżytów jelit bądź ostrych, bądź przewlekłych, o czém systematyczne badanie moczu pouczyć może, utrzymuje H. na podstawie tysiącznych przypadków, iż: 1) wprowadzenie cewnika do pęcherza jest nawet u najmłodszych dzieci procederem nadzwyczaj łatwym i to tak samo u chłopców jak u dziewcząt, 2) że postać i zakrzywienie cewnika żadnéj przeszkody nie stanowią, jednakowoż lepsze są cewniki o krótkim dzióbie, 3) że jemu specyjalnie tylko w bardzo rzadkich przypadkach wprowadzenie się nie udało, w których prawdopodobnie istniały jakieś przeszkody, czy to fałdy błony śluzowéj w okolicy *veru montanum*, czy to przerost gruczołu krokowego, a wreszcie, 4) że systematyczne używanie cewnika u małych dzieci, od których tak trudno mocz do rozbioru otrzymać, jest ko-

niecznėm dla dokładnego zbadania choroby, ażeby przy sekcyi nie znaleść nierozpoznanego za życia zapalenia nerek, które w tym wieku prawie zawsze jest śmiertelném, nakoniec, 5) że zapalenie nerek przebiega bardzo często u małych dzieci niespostrzeżenie i nie daje żadnych objawów klinicznych, choć wcale nie jest rzadkiém, i że tylko kateteryzowanie każdego nowo do kliniki przyjętego dziecka chroniło go od pominięcia w rozpoznaniu téj choroby.

Jako przykład przebiegu utajonego zapalenia nerek podaje H. kilka przypadków, z których w 1szym nie okazywała dziewczyna 7-miesięczna cierpiąca na krzywicę prócz ciepłoty 40°, niespokoju, wymiotów, miernego kaszlu i języka czerwonego, żadnych przedmiotowych zmian chorobowych (czy to nie dość ażeby przedsięwziąć badanie moczu?) a sekcyja dopiero wykazała stłuszczenie mięśnia sercowego i zapalenie miąższowe nerek, w 2im zaś i 3im przypadku stwierdziło badanie kliniczne u dziewcząt 5cio i 12o miesięcznych li tylko rozległy przewlekły wyprysk na skórze czaszki i twarzy (lecz także u pierwszéj ciepłotę podwyższoną dochodzącą późniéj do 41°, u drugiéj bladość i nalanie twarzy, wymioty i śpiączkę przy ciepłocie 39·5, do czego autor wagi nie przywięzuje) a dopiero użycie cewnika umożebniło niespodziane wykrycie białka w moczu (o badaniu osadu nic nie wspomina). W obydwu przypadkach wykazała sekcyja stłuszczenie mięśnia sercowego i zapalenie miąższowe nerek. W 4tym nareszcie przypadku rozchodziło się o dziewczynę 2-letnią oddaną dla wrzodu rogówki po jakiémś w domu przebytém zapaleniu do szpitala i dla otoku usznego, u któréj również za pomocą cewnika odprowadzono mocz i stwierdzono w osadzie wałeczki przybłonkowe. W przypadku tym późniéj wystąpiła gorączka i obrzęk surowiczy powiek i odnóg, a po 10cio tygodniowém leczeniu udało się dziewczynę tę wyleczyć.

Podobnie udało się Prof. Hirschsprungowi rozpoznać w 2ch przypadkach zapalenie miedniczek nerkowych i pęcherza li tylko przez używanie cewnika, gdyż objawy kliniczne, przynajmniéj z początku, nie uprawniały do odnoszenia choroby do narządu moczowego.

Podawszy w skróceniu treść powyższéj rozprawy nie może się referent powstrzymać od poczynienia kilku uwag a mianowicie: Że do należytego zbadania jakiegokolwiek chorego dziecka koniecznym jest także i rozbiór moczu a zwłaszcza, jeżeli badanie narządów oddechania, krążenia i trawienia nie okazuje nic nieprawidłowego i nie tłumaczy nam, jak to w przytoczonych właśnie przypadkach miało miejsce, ani podwyższenia ciepłoty albo nawet obrzęku surowiczego, jest rzeczą nienową i zdaje mi się wszędzie praktykowaną, żeby zaś dla otrzymania moczu u małych dzieci uciekać się potrzeba było do cewnika, na to ref., na podstawie dłuższego doświadczenia szpitalnego, zgodzić się nie może, gdyż każda nieco więcéj rutynowana posługaczka szpitalna może nawet od najmłodszego dziecka tyle zebrać moczu, ile do rozbioru wystarczy. W rzadkich tylko przypadkach zachodziła potrzeba użycia cewnika li tylko w tym celu, a to mianowicie u dzieci cierpiących na zapalenie jelit lub czerwonkę, zanieczyszczających się ustawicznie albo też w stanach porażennych pęcherza. Natomiast używało się często cewnika w moczocieku nocnym u chłopców, a w takich razach przekonać się można było, iż wprowadzenie cewnika u młodych dzieci przy pewnéj wprawie i cierpliwości wcale nie jest trudném ani szkodliwém w następstwach.

Nie spostrzegł również sprawozd., ażeby choroby nerek były u dzieci w pierwszych latach życia cierpieniem tak rzadkiém, bo w ciągu ostatnich lat 3ch zebrał 36 przypadków u dzieci począwszy od 5ciu miesięcy do końca drugiego roku, rozpoznanych za życia i stwierdzonych pośmiertnie li tylko zapaleń miąższowych, nie mówiąc już o zmianach towarzyszących prawie każdéj chorobie ogólnéj zakaźnéj, nadto wystąpić musi z twierdzeniem, że i płonica w wieku tym wcale nie jest tak rzadką i że tylko rozpoznanie jéj dla krótkości trwania wysypki i miernego nasilenia większéj ulega trudności, i że właśnie nawet przypadek 4ty przez H. przytoczony budzi u sprawozd. podejrzenie, iż zapalenie nerek w tym przypadku zawisłém było od poprzednio przebytéj płonicy. Natomiast przyznać musi, że i on spostrzegł czasem przy sekcyjach zapalenie nerek towarzyszące czy to przewlekłemu nieżytowi jelit, czy to zapaleniu mieszkowemu albo wreszcie czerwonce, którego za życia nie rozpoznal, polegało to jednak li tylko na tém, iż rozbiór moczu dokonany w podobnych razach najpierw u nas a po niedowierzaniu sobie także w zakładzie chemii lekarskiéj wykazywał wprawdzie obecność białka, lecz nie wykazywał żadnych składników morfologicznych, a postacią zapalenia tego albo było zapalenie kłębków Malpighiego (*glomerulonephritis*) albo téż zapalenie zrazikowe (*nephritis bacterica*) zwłaszcza w obec błonicy przewodu pokarmowego.

W końcu nadmienić muszę, iż zapalenie nerek nie o wiele rzadziéj pojawia się jako powikłanie innych chorób zakaźnych, np. błonicy, ospy, krztuśca jak płonicy, o czém jeszcze w swoim czasie mam zamiar donieść, i że rokowanie wcale nie jest tak niepomyślném, jak to H. podaje, i że nam częściéj udało się wyleczyć dzieci jeszcze niżéj lat 2u, chociaż sprawa chorobowa trwała długo a obrzęki surowicze do znacznych dochodziły stopni. (*Jahrb. f. Kinderh.* XIX, 1884). *t.*

Grasser: Badania manometryczne ucisku śródocznego i wpływu nań atropinu i ezerynu.

Badania manometryczne są jedynym sposobem dającym dokładne wyniki, gdy idzie o oznaczenie ucisku śródocznego, którego wysokość zawisła głównie od parcia krwi. Gra mięśni tęczówkowych wywiera wpływ na wysokość ucisku śródocznego w ten sposób, że rozszerzenie źrenicy zwiększa, zwężenie zaś obniża ucisk. Atropin w dawce zwykle używanéj zapuszczony do oka zwiększa ucisk, ezeryn natomiast sprawia zrazu jego podwyższenie, późniéj zaś zawsze, najdaléj po godzinie, obniżenie poniżéj prawidła. (*Archiv f. experim. Pathol. und Pharmak.* 1883; sprawozdanie w *Centralbl. f. pract. Augenheilk.* Listopad 1883). *Rydel.*

Prof. Kirn (w Fryburgu): O zboczeniach umysłowych wywołanych nadużywaniem chloralu.

Do najczęstszych należą zboczenia umysłowe, rozwijające się na tle przewłocznych zatruć, a skuteczność pewnych środków lekarskich, mianowicie alkaloidów, zawisła nawet w części od ich wpływu na czynności psychiczne. Tak np. znanym jest wpływ szkodliwy nadużywania tytoniu, skutki podawania przez czas dłuższy ergotynu, a zwłaszcza w nowszych czasach morfinu i makowca. Ale wszystkie te przypadki otruć przewłocznych i ich szkodliwych następstw w dziedzinie psychicznéj nikną w porównaniu z ogromną liczbą przypadków, rozwijających się na tle zatrucia wyskokowego. Jak w ostrém otruciu wyskokowém przedstawiają się kolejno wszystkie prawie objawy różnych chorób umy-

słowych, tak też w zatruciu przewłocznem można obserwować rozmaite objawy, zdarzające się w różnych postaciach zboczeń umysłowych pierwotnych.

Dopiero w nowszych czasach spostrzeżono działanie chloroformu na czynności psychiczne, a jakkolwiek przypadki przewłocznego otrucia tym środkiem są nader rzadkie, to już na podstawie kilku znanych można było stwierdzić, że objawy występują okresowo albo zbliżają się do obrazu t. zw. obłąkania moralnego. Do téj saméj chemicznéj grupy co chloroform należy również chloral, a działanie jego ma być wynikiem rozkładu w organizmie na chloroform i kwas mrówkowy. Ostre otrucie tym środkiem nie należy wcale do wyjątkowych, podczas gdy przypadki otrucia przewłocznego są prawie nieznane. Trzy szeregi zmian spostrzega się w przypadkach przewłocznego otrucia chloralem: zmiany, powstające w skutek bezpośredniego stykania się środka z błonami śluzowemi, powtóre cały szereg zmian na skórze, jak wypryski, rumień lub wybroczyny, a po trzecie zmiany powstające zapewne w skutek ośrodkowego zadrażnienia naczyń, mianowicie zaczerwienienie całéj skóry na głowie, przekrwienie spojówek i dna oka, przyczém czynność serca wzmaga się, stan umysłowy doznaje pewnego przytłumienia, stan odżywienia podupada i pojawiają się bóle w odnogach Nie jest dotąd znanym przypadek, w którym nadużycie chloralu sprowadziło rzeczywistą chorobę umysłową a obserwując właśnie przypadek tego rodzaju, uważa autor za odpowiednie ogłosić go z powodu rzadkości.

Mężczyzna 35 lat liczący, zapadał od kilku lat na typowe napady duszności, które pojawiały się zrazu co 8 do 10 dni, późniéj jednak coraz częściéj. Przez pewien przeciąg czasu sprawiały mu ulgę podskórne wstrzykiwania atropinu, późniéj gdy żaden inny środek nie okazał się skutecznym, podawano mu wodnik chloralu z morfinem. Dawka z sześciu gm. chloralu i 0·05 chlorku morfinu była dostateczną do powstrzymania napadu przez 8 dni, późniéj zwiększono ją, aż przyszło do tego, że chory używał co dzień 6gm. chloralu i 0·08 chlorku morfinu. Cały dzień spędzał on pod wpływem tego leku, gdyż skoro tylko działanie tegoż ustawało, pojawiały się na nowo napady dusznicy. Po kilku miesiącach takiego leczenia wystąpiły objawy przewłocznego otrucia, a mianowicie zmniejszenie łaknienia, biegunki, wychudnienie, parcie na mocz, bóle w odnogach, bezsenność, osłabienie moralne i brak woli obok niezdolności powstrzymania się od tego leku i przemijających zaburzeń w zakresie umysłowym z cechą podniecenia. Po przeniesieniu chorego do zakładu leczniczego i po usunięciu środka nastał znaczny niepokój, rzucanie się i krzyki, późniéj chory uspokoił się nieco otrzymując codzień nieco morfinu podskórnie. Wkrótce jednak wystąpiły nagle groźne omamy, zwłaszcza słuchowe: wyraźne głosy groziły choremu zwłaszcza we dnie, dochodzące z podworca; podobne były one do głosów lekarzy ordynujących, lecz zwiastowały mu zawsze straszliwe zajście w jego rodzinie, to znów że sam zostanie za karę ściętym, zabitym i powieszonym i że karę śmierci poniesie siedm razy.

Stan tego rodzaju trwał z małemi odmianami przez całe sześć tygodni, po upływie których zaczynał już chory czasem powątpiewać o prawdziwości słyszanych obelg i groźb i zastanawiał się czasem, czy też to nie są jego własne urojenia. Po dwu następnych tygodniach pojawiły się napady dusznicy na nowo, po przerwie dwumiesięcznéj, na głosy słyszane zwraca chory uwagę tylko od czasu do czasu, apetyt zwiększył się a z nim podniósł się ciężar ciała chorego. W przeciągu miesiąca chory przyszedł do siebie prawie zupełnie i przestał żalić się na uciążliwe przedtém bóle w odnogach i parcie na mocz, napady jednak dusznicy zaczęły występować na nowo, jakkolwiek znacznie rzadziéj.

Przypadek niniejszy jest, zdaniem K., typowym dla przebiegu schorzenia umysłowego na tle otrucia, a z wielu względów jest on podobnym do przypadków przewlekłych otruć wyskokiem. Już samo wystąpienie objawów zboczenia umysłowego po odjęciu środka, powtóre ostre wystąpienie halucynacyj gwałtownych, zbliża to zboczenie umysłowe do występujących w skutek otrucia wyskokiem, różnica zachodzi jedynie w tém, że podczas gdy wśród przebiegu „obłędu prześladowczego chorych na umyśle pijaków“ jak się Nasse wyraża, pojawiają się przedewszystkiém omamy wzrokowe, w tém zatruciu przeważają objawy ze strony słuchu. Ale nietylko klinicznie zbliżają się do siebie te dwie postacie, etyjologija ich jest również podobną, o ile że wyskok i wodnik chloralu należą pod względem działania na ustrój do jednéj grupy a skład ich chemiczny jest do siebie zbliżony.

Powstawanie choroby umysłowéj tłumaczy K. porażającém działaniem chloralu na ośrodek naczynioruchowy. W skutek doprowadzenia chloralu codziennie wytwarza się niedowład ścian naczyniowych, w skutek czego osłabia się krążenie w mózgu i powstaje zastój żylny. Dalszém następstwem tego zastoju jest niedokrewność tętnicza, która trwając przez czas pewien, musi wywołać zboczenia w odżywieniu, tłumaczące dostatecznie osłabienie psychiczne i bezwład moralny, który się najpierw pojawia. Powrót do stanu prawidłowego nie nastaje natychmiast po odjęciu środka, gdyż przewłoczne zmiany w krążeniu nie mogą się od razu wyrównać, a reakcyja następująca może swoją drogą stać się przyczyną objawów chorobowych, tak że obraz choroby należy przypisać po części działaniu środka, a po części nagłemu odjęciu tegoż. (*Berl. klin. Wochenschrift*, Nr. 47, 1883).

Dr. Schaitter.

Wiadomości pomniejsze.

Ω. Maragliano, dyrektor kliniki w Genui podaje bardzo ciekawe spostrzeżenia **nad nowemi środkami lekarskiemi**: *Convallaria majalis*, *Convallarium*, *Convallamarin*, *Cortex Quebracho*, *Apsidospermin* i *Quebrachin*.

Convallaria majalis, jak wiadomo, używaną już była w zeszłym wieku. W ostatnich latach zwrócił na nią uwagę Bothieu, Sée i inni, polecając ją jako znakomity środek do regulowania i wzmacniania czynności serca. Maragliano używał do swoich doświadczeń wyciągu wodnego i wyskokowego téj rośliny, a nadto alkaloidów konwalarium i konwallamorinu. Doświadczenia te wykazały:

1) Że ciśnienie śródtętnicze, oznaczane przyrządem Bascha, po użyciu któregokolwiek z preparatów konwalii, nie zmniejszało się nigdy, lecz owszem wzmagało się niekiedy o 25—30 mm., 2) że krzywizna tętna nigdy nie okazywała depresyi, lecz że zawsze widocznem było jéj podnoszenie się; 3) że chyżość tętna i liczba oddechów zazwyczaj się zmniejsza, niekiedy jednak nie ulega zmianie. Doświadczenia w tym kierunku wykonał w pracowni prof. Maragliano Dr. Lourie.

Doświadczenia robione przez samego autora i jego asystentow Drów Ampugniego i Queirola na ludziach, którym metodycznie podawano czas dłuższy preparata konwalii, dały nastę-

pujące wyniki: 1) Ilość wydzielanego moczu wzmaga się, niekiedy nawet bardzo znacznie. Najskuteczniejszym w tym względzie okazał się konwallamarin, mniéj skuteczne są konwallarin i wyciągi z konwalii; 2) chyżość tętna i liczba oddechów zmniejszają się, niekiedy zaś zostają niezmienione; 3) ciśnienie krwi nie ulega widocznym zmianom, czasem tylko podnosi się; 4) krzywizna tętna zazwyczaj zostaje zmienioną, czasem tylko miejsca odpowiadające skurczowi są wyższemi; 5) w czasie użycia konwallarynu lub podobnych preparatów nie widziano żadnych ubocznych niemiłych wpływów, prócz tylko, że w kilku przypadkach wystąpiło lekkie rozwolnienie.

Co do chorób, w których konwalaryn i pokrewne preparata dobrze działają, na pierwszém miejscu stawia autor choroby serca. Obserwowano 13 przypadków. W 9 nowy ten lek działał wyśmienicie, szczególniéj w przypadkach *Insuff. valvul. mitralis.* W tych przypadkach autor przyznaje mu wyższość nad naparstnicą. W 4 przypadkach, w których konwalia okazała się bezskuteczną, zawiodło i użycie naparstnicy. Byli to chorzy, u których asystolia już doszła była do wysokiego stopnia. Najskuteczniejszym w chorobach sercowych ze wszystkich preparatów okazał się konwallamaryn.

Daléj podawano konwaliję w *Pleuritis exsudativa serofibrinosa* (w 9 przypadkach), aby się przekonać, czy przez zwiększoną diurezę przyspieszy się wessanie wypociny. We wszystkich 9 przypadkach konwalia okazała się bezskuteczną.

Jako dawkę ustanawia autor: dla wyciągów po 1—2 grm. dziennie; dla konwallarynu i konwallamarynu od 25 ctgrm. do 1 grm. dziennie. Dawka średnia, która zwykle zupełnie jest dostateczną, 0.50 dziennie. Tak wyciągu jak i soli używa się w rozczynie lub téż w pigułkach po 0.05.

Reasumując powyższe spostrzeżenia przychodzi autor do wniosku, że jakkolwiek preparata konwalii nie mają téj doniosłości w terapii, jaką im Sée przypisuje, to przecież mogą być używane w zastępstwie naparstnicy, przyczém jako zaletę ich podnieść należy, że mając zalety téj ostatniéj, nie mają jéj stron ujemnych. Najpewniejszym i najlepszym ze wszystkich preparatów konwalii jest konwalamaryn.

Badania dłuższe i na większéj liczbie przypadków nad Quebracho i ciałami z niéj otrzymanemi: Aspidosperminem i Quebrachinem doprowadziły autora do następujących wyników: 1) wyciąg wyskokowy Quebracho i Quebrachin, mniéj zas Aspidospermin, zwalniają oddechanie; 2) środki te działają tylko wtedy, jeżeli przyspieszone oddechanie nie jest wywołaném przyczynami organicznemi lub mechanicznemi, lecz jest objawem zboczenia funkcyjonalnego. Chwilowe polepszenie widziano także czasem w chorobach sercowych i narządów oddechowych; 3) tak Quebracho, jak i Aspidospermin i Quebrachin mają wpływ na narząd krążenia, zmniejszając chyżośc tętna, tak że liczba uderzeń może zejść do 20 na minutę; 4) Quebrachin i Aspidospermin nie wywołują prawie żadnych zmian w ciśnieniu śródtętniczém; 5) działanie Quebrachinu i Aspidosperminu występuje nader szybko, przy użyciu wewn. w ciągu 30—40 minut, po zastrzyknieciu podskórném w ciągu 5—10 minut.

Wyciąg wyskokowy poleca autor po 10 grm. *pro dosi,* przyczém nie występują żadne objawy uboczne. Quebrachin i Aspidospermin poleca autor jako sól siarkową lub wodochlorową w pigułkach po 0.05 do 0.10 *pro dosi,* 0,25 do 1,00 dziennie. Duże dawki wywołują różne niemiłe przypadłości, jak nudności, wymioty itp.—Do wstrzykiwań podskórnych używa autor 5—10 centigr. na dawkę. Zastrzyknięcie rozczynu wodnego w stosunku 0.05 i 1.00 nie wywołuje żadnych ubocznych zmian miejscowych lub ogólnych.

Zdaniem autora najodpowiedniejszém jest użycie Quebrachinu podskórnie w czasie napadu astmy, do metodycznego zaś leczenia lepiéj jest użyć wewnętrznie wyciągu wyskowego.

Wszystkie preparaty tak z konwalii, jak i z Quebracho, których autor używał do swych doświadczeń, pochodziły z chemicznéj fabryki Mercka w Paryżu. (*A. C. Ztg.*)

(J. S.) Debove pouczony doświadczeniami czynionemi na sztucznie pasionym drobiu zastósował sposób żywienia, a właściwie przeżywiania, zwany **suralimentation lub gavage** u chorych w szpitalu Bicêtre. Sposób ten polegał na wprowadzaniu zwierzętom zgłębnika do żołądka i wlewaniu przezeń mięszaniny z mleka i mąki; zwierzęta tak karmione wypasały się nader szybko. W podobny tedy sposób żywi Debove chorych na nieżyt żołądka przewłoczny, na początki gruźlicy i inne choroby połączone z niedokrewnością i otrzymuje znakomite rezultaty. Chorym tym wlewa przez dzień za pomocą zgłębnika 3 litry mleka z 600 gramami proszku mięsnego, który odpowiada 3 kilogramom świeżego mięsa. Ilości takiéj nie spożyłby w innych warunkach żaden chory, znosi ją jednak dobrze wlewaną od czasu do czasu w postaci mięszaniny przez zgłębnik żołądkowy. Proszek mięsny sporządza się z mięsa końskiego ze względu na oszczędność w ten sposób, że mięso bez tkanki łącznéj i części trudniéj strawnych kraje się w kostki i suszy przy 100° C., wreszcie uciera na proszek. W jednym z ostatnich numerów *Progrès médical* podano z kliniki prof. Debove znakomite rezultaty, otrzymane u chorych na gruźlicę karmionych tym sposobem, który okazał się nader praktycznym u chorych ze skłonnością do wymiotowania. Doświadczenie pouczyło, że pomiędzy możnością trawienia u tych chorych a ich brakiem apetytu nie zachodzi żaden związek tak, że chorzy ze wstrętem do jadła trawili znakomicie całą ilość wlanéj mięszaniny a po pewnym czasie odzyskiwali nawet chęć do jadła: sprawdzało się na nich niejako przysłowie: *L'appetit vient en mangeant.*"

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

Zgromadzenie ogólne zwyczajne VIII w dniu 5 Stycznia 1884.

Przewodniczący: prof. Dr. Korczyński.

1) Sekretarz przedłożył następujące sprawozdanie z r. 1883. Skład Towarzystwa naszego przedstawia się liczebnie w następujący sposób: do dnia 1 stycznia 1883 mieliśmy członków honorowych 2, czynnych 139, prenumeratorów 31, ogółem tedy było członków i prenumeratorów 172. W ciągu roku 1883 przybyło członków czynnych dwóch, jakoto: Drowie Heumann Konstanty i Smoleński Stanisław (Jaworze); prenumeratorów pietnastu, a mianowicie: Drowie Buzdygan Mikołaj (Kraków), Biblijoteka polskich studentów (Berlin), Cwiklicer Ludwik (Dobromil), Danielski Jan (Kraków), Dobruchowski Adam (Kraków), Ebers Henryk (Kraków), Goliński Edward, Kopff Leon, (Kraków), Longchamps (Lwów), Machek Emanuel (Lwów), Rosenblatt Emanuel (Kraków), Magister farm. Radler Edward (Kraków), Schramm Hilary (Kraków), Ponikło Stanisław (Kraków), Sołowij Adam (Kraków). Wykreślono jednego członka z powodu niepłacenia przez kilka lat statutem oznaczonych składek. Obecnie tedy Wydawnictwo liczy członków czynnych 140, prenumeratorów 46, członków honorowych 2, razem członków i prenumeratorów 188. Porównywając ze sobą wyżéj podane cyfry, widzimy, że liczba tak członków jak i prenumeratorów z każdym rokiem wzrasta i to téż dodaje otuchy do wytrwania i nadal na obraném stanowisku.

W zeszłoroczném sprawozdaniu zapowiedziana Syfilidologija Dra Krówczyńskiego została rozesłana członkom i prenumeratorom bezpłatnie, jako premijum za rok 1881 i 1882; oceny zaś pochlebne, jakie się ukazały w Medycynie (Nr. 29 Dra Belkego), w Gazecie Lekarskiéj (Nr. 25 i nast. Dra Klinka) i w Przeglądzie Lekarskim (Nr. 40 Dra Zarewicza) są najlepszą miarą wartości tego dzieła.

Jako dowód zabiegów naszych w celu przysporzenia literaturze polskiéj dzieł oryginalnych wypada mi nadmienić, że obecnie drukuje się „Hydroterapija“ Dra Smoleńskiego, któreto dzieło zostanie wkrótce rozesłane członkom i prenumeratorom jako bezpłatne premijum za rok 1883.; że wkrótce rozpoczniemy druk dzieła Dra Pieniążka: „O chorobach gardła i nosa“, poczém przystąpimy do drukowania II części Położnictwa Doc. Dra Jordana, wreszcie, że mamy przyobiecanych jeszcze kilka dzieł oryginalnych, które zapewne w sposób pokaźny zapełnią braki w naszéj literaturze lekarskiéj.

2) Na podstawie wniosku komisyi kontrolującéj rachunki z r. 1882 (Dr. Ściborowski i Dr. Skórczewski) udzielono Wydziałowi Stowarzyszenia absolutoryjum za r. 1882.

3) Podskarbi Wydawnictwa Doc. Dr. Grabowski przedłożył sprawozdanie kasowe, z którego okazuje się, że:

Dochód wydawnictwa w r. 1883 wynosił 887 złr. 11 kr. (a mianowicie składki wstępne 20 złr., składki roczne 465 złr. 54 kr., odsprzedanypapier 74 złr. 60 kr., odsetki funduszu głównego 100 złr. 49 kr., odsetki funduszów poszczególnych wydawnictw 45 złr. 62 kr., dochód z rozprzedaży dzieł 180 złr. 86 kr.).

Rozchód wynosił 226 złr. 46 kr. (a mianowicie reszta nakładu Syfilidologii 199 złr., wydatki kancelaryjne 2 złr. 80 kr.., wydatki pocztowe 5 złr. 08 kr., rozsełka dzieła Dra Krówczyńskiego 19 złr. 58 kr.). Pozostała więc z r.1883 nadwyżka 660 złr. 65 kr.

Majątek wydawnictwa z dniem 1 stycznia 1884 składa się 1) z funduszu głównego, który umieszczony jest: a) w obligacyjach $4^1/_2$% pożyczki krajowéj w wartości nominalnéj 600 złr zakupionych za 540 złr., b) 1800 złr. w książeczkach wkładkowych Zakładu kredytowego ziemskiego c) gotówką 7 złr. 59 kr. 2) z funduszów poszczególnych dzieł, w których mieszczą się tak zwroty nakładu przez rozsprzedaż dzieł, jakotéż narosłe pro centa, umieszczone w książeczkach wkładkowych Zakładu kredytowego ziemskiego. Fundusze te wynoszą: Dzieło Steinera 348 złr. 47 kr., dzieło Jurasza 142 złr. 25 kr., Widmanna 140 złr. 78 kr., Rothego 214 złr. 06 kr., Jordana 187 złr. 63 kr., Kró wczyńskiego 47 złr. 59 kr. 3) z zapasu papieru, 4) z zaległych wkładek członków i prenumeratorów, 5) z dzieł nierozprzedanych. Gotówką posiada więc Wydawnictwo z dniem 1 stycznia 1884 złr. 3.428 37 kr. w. a.

3) Do sprawdzenia rachunków z r. 1883 wybrano Dra Buszka i Dra Wiszniewskiego.

4) Na wniosek Przewodniczącego zgromadzeni wyrazili przez powstanie podziękowanie i uznanie Prof. Dr. Oettingerowi za popieranie Wydawnictwa głównie przez korektę językową rękopismów Wydawnictwu nadsełanych.

5) Na następne dwulecie wybrano Wydział w tym samym składzie jak poprzednio, a mianowicie wybrani zostali: Przewodniczącym Prof. Dr. Korczyński, Zastępcą przewodniczącego Prof. Dr. Oettinger, Członkami Wydziału: Dr. Grabowski, Kwaśnicki, Paszkowski, Pieniążek i Skobel; Zastępcami: Dr. Buszek, Walentowicz, Wiszniewski, Zarewicz, nadto jeszcze jako zastępców wybrano Prof. Dra Obalińskiego i Dr. Dobruchowskiego.

6) Przewodniczący zawiadamia, że komitet do ocenienia dzieł nadesłanych na konkurs śp. Kowalewskiego składa się z przewodniczącego Wydawnictwa wybranego sędzią przez Wydawnictwo, Prof. Dra Rosnera wybranego sędzią przez Tow. lek. Krak. i z Dra Wł. Matlakowskiego, który kwotę uzyskana przez sprzedaż złotego medalu po śp. Kowalewskim odstąpił Wydawnictwu, i który przez obydwóch powyż wymienionych sędziów uproszony obowiązki superarbitra przyjął.

7) Przewodniczący stwierdza z przyjemnością, że przez 8 lat istnienia Towarzystwa, które założył i któremu przez cały ten czas przewodniczy, okazuje ono ciągle wzrastajacy rozwój. Z końcem 1875 założone a z początkiem r. 1876 ukonstytuowane Towarzystwo przy współudziale 80 członków i kapitale zakładowém 800 złr., przez 8 lat swego istnienia wydało 7 dzieł, wzrosło do liczby 188 Członków, i do majątku w gotowiznie przeszło 3.420 złr. wynoszącego. Swiadczy to wymownie o żywotności Towarzystwa. Gdyby tylko poparcie ze strony lekarzy było gorliwsze niż dotąd, gdyby przez wzrost Członków i Prenumeratorów można zapewnić od razu zwrot nakładów wydanych dzieł, to Wydawnictwo teraz już pokusićby się mogło o wydawanie dzieł obszerniejszych oryginalnych, osobliwie w zakresie patologii i terapii chorób wewnętrznych i chirurgicznych, które uważa jako najpotrzebniejsze. Stan majątkowy Towarzystwa pozwala już obecnie wydać się mające dzieła sprzedawać po cenie jak najbardziéj przystępnéj, co powinno się przyczynić do większego ich rozpowszechnienia, i zniżyć dla uczniów medycyny i dla świeżo przystępujących Członków i Prenumeratorów do połowy cenę dzieł dotychczas wydanych.

Na tém Zgromadzenie zakończono.

Dr. Skobel sekretarz.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

O Dziedziczne nadmierne pragnienie. Bardzo ciekawe genealogiczne drzewo zestawił Dr. Weil w Heidelbergu. Dotyczy ono rozgałęzienia się rodziny o 91 członkach, z których 70 żyje 23 członków téj rodziny cierpiało na *diabetes insipidus*, z pomiędzy których 17 leczył sam Dr. Weil. Nie ma w rodzinie téj dowodu żadnéj innéj choroby dziedzicznéj, a niektórzy jéj członkowie dosięgają podeszłego wieku i cieszą się dobrém zdrowiem. Z wyjątkiem polyuryi i niezwykłego pragnienia zdrowie ich jest prawidłowe. Ilość moczu wydzielanego w 24 godzinach waha się u różnych osobników téj rodziny między 6—7 a 16—17 litrów. (*The Lancet,* 1883, II, Nr. 20).

O Ciekawy szereg artykułów pojawił się w *Lyon médical* o powinowactwie gośćca i zimnicy. Autor ich Dr. Bertholon twierdzi w jednym z nich, że te choroby są tylko różnemi objawami jednego i tego samego stanu patologicznego. (*Lancet*).

O Zniesienie posad kapelanów w szpitalach paryskich wywołało oburzenie u Arcybiskupa, który doradza wiernym nie odsyłania chorych do szpitala, ale zorganizowania systemu pomocy domowéj. (*Lancet*).

O W miastach angielskich dosięgnęła śmiertelność w r. 1883 zaledwo 21.6 z 1000. Była niższą o 0.7 od średniéj śmiertelności.

* Statystyka zbrodni we Włoszech. W ciągu ostatnich lat 30 zginęło we Włoszech z ręki obcéj osób 67,680. W r. 1880 na 100,000 mieszkańców było 46 sądzonych przez Sądy przysięgłych, a więc 3 razy tyle co we Francyi, a więcéj niż 2 razy tyle co w Austryi i Bawaryi. W tymże roku było 1939 samobójstw, 39 morderstw popełnionych na rodzicach, 92 na małżonkach, 82 dzieciobójstw, 705 morderstw i 530 ciężkich uszkodzeń, sądzonych przez przysięgłych. Połowa wszystkich przestępstw skierowaną była przeciw życiu ludzkiemu. Zbrodnie pociągają za sobą we Włoszech ze strony państwa wydatek rocznych 80 milijonów, czyli 2 razy tyle, co kosztują wszystkie zakłady dobroczynne i 3 razy tyle, co się wydaje na wychowanie publiczne! (Z wykładu Tamassii).

Statystyka epidemij. W tygodniu od 30 grudnia 1883 do 5 stycznia 1884 umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 21,5. Z ospy umarło 0 (3 z. t.); z płonicy 0 (4 z. t.); z błonicy 0 (2 z. t.); z duru brzusznego 1 (2 z. t.); z róży 0 (1 z. t.). W tygodniu od 23—29 grudnia umarło z ospy w Londynie 2. Leczyło się w szpitalach 107, świeżo zapadło 19. W Glasgowie umarło 1, w Wiedniu i Madrycie po 2, w Paryżu, Petersburgu, Nowym Orleanie po 3, w Liverpolu i Birminghamie po 4, w Warszawie 5, w Murcyi 8, w Maladze 26, w Pradze 36, w Madrasie 51. Z duru osutkowego umarło w Warszawie i Madrycie po 1, w Petersburgu, Maladze i Murcyi po 2. W Aleksandryi nie pojawił się od 16—22 grudnia żaden przypadek śmierci z cholery. W Madrasie umarło z cholery od 20—26 października 8, w Kalkucie od 27 października do 3 listopada 25, w Bombaju od 21—27 listopada 2.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 23—29 grudnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 32,4; w Warszawie 33,3; w Wiedniu 24,3; w Budapeszcie 29,7; w Pradze 34,3; w Berlinie 23,5; w Hamburgu 29,5; w Gdańsku 26,3; w Mnichowie 25,8; w Dreźnie 22,0; w Lipsku 32,1; w Bazylei 22,3; w Brukseli 22,8; w Amsterdamie 29,3; w Hadze 20,3; w Paryżu 24,5; w Londynie 19,8; w Petersburgu 31,6; w Odesie 29,0; w Rzymie 24,8; w Wenecyi 28,2; w Bukareszcie 28,6; w Lizbonie 28,4; w Aleksandryi 49,3; w Nowym Yorku 24,7; w Filadelfii 20,9; w Bombayu 23,4; w Madrasie 43, 2.

J. B.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 16 stycznia. N. Pan zamianował c. rosyjsk. lekarza powiatowego, Dra Benedykta Nałęcz Dybowskiego, zwyczajnym profesorem zoologii w Uniwersytecie lwowskim.

Prof. Dybowski urodził się d. 29 kwietnia 1835 w Adamczynie w gub. mińskiéj, gimnazyjum ukończył w Mińsku, na medycynę uczęszczał w Dorpacie, stopień doktora uzyskał w r. 1860 w Berlinie, a w r. 1862 i w Dorpacie. Wiadomo, że już w r. 1861 Wydział filozoficzny Uniw. Jagiell. przedstawił go Ministerstwu na prof. zoologii w Krakowie; Rząd ówczesny odmówił mianowania Dybowskiego, który niedługo potém mianowany został profesorem adjunktem w Szkole głównéj warszawskiéj. Po 2-letniém pełnieniu obowiązków zesłany został na Sybir, zkąd w r. 1877 powrócił do Warszawy, ale już następnego roku powrócił do Kamczatki, przyjąwszy dobrowolnie posadę lekarza okręgowego w Petropawłowsku. Propozycyję Wydziału filozoficznego we Lwowie przyjąwszy wraca obecnie do kraju w sile jeszcze wieku, bo licząc niespełna lat 49. Sława Dybowskiego, jako badacza, zbyt jest ustaloną, a liczne jego prace, prawda że prawie wyłącznie w obcych spisane językach, są powszechnie znane; Uniwersytetowi lwowskiemu akwizycyi téj serdecznie powinszować należy a po nowomianowanym profesorze spodziewamy się, że teraz i nasze piśmiennictwo pracami swemi wzbogaci.

* Na posiedzeniu Wydziału lek., odbytém w d. 11 bm., dziekan doniósł, że Ministerstwo Oświecenia ustanowiło stypendyjum państwowe na lat 3 w kwocie 300 zła. rocznie dla wychowańca chirurgii w Uniw. Jagiell. i że Wydział krajowy udzielił stypendyjum dla takiegoż wychowańca przez Sejm ustanowione w kwocie 500 zła. rocznie doktorandowi medycyny Józefowi Madejskiemu. Następnie Wydział lekarski na témże posiedzeniu potwierdził asystenta kliniki chorób dzieci Dra Franciszka Murdzieńskiego na dalsze dwa lata i zamianował Dra Alfreda Wolframa 2im asystentem kliniki chorób wewn., a Dra Rudolfa Trzebickiego 2im asystentem kliniki chirurg. na lat 2; wreszcie przedstawił Wydziałowi krajowemu prof. Domańskiego na zastępcę członka Komitetu szpitalnego w Krakowie.

(M.) **Lwów** d. 16 stycznia. Bonifacy Stiller, były kupiec i właściciel dóbr, zmarł w Morszynie w powiecie stryjskim, dnia 14go stycznia b. r.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich jest obowiązane do szczególnéj wdzięczności dla zmarłego z powodu, że uczynił on wiadomy zapis na rzecz funduszu wdów i sierót Towarzystwa. Był to typ człowieka czynnego, zapobiegliwego, pełnego energii i ducha przedsiębiorczości, a historyja powstania zakładu zdrojowego w Morszynie najdowodniéj świadczy o tych przymiotach jego. Umiał on bystrém okiem ocenić jego wartość, a następnie z właściwą sobie rzutkością i wytrwałością zajął się wprowadzeniem w życie zakładu i zorganizowaniem rozsprzedaży wód i wyrobów leczniczych z Morszyna.

Towarzystwo lekarzy galic. zajmuje się pogrzebem ś. p. Bonifacego Stillera, a zwłoki jego będą przewiezione do Lwowa do grobu familijnego.

Z strony Towarzystwa wyjechali Drowie Biesiadecki i Czyżewicz do Morszyna w celu objęcia dóbr w fizyczne posiadanie.

* **Warszawa**. Towarzystwo lekarskie obrało na rok bieżący prezesem Dra Wład. Orłowskiego, wiceprezesem Dra Gepnera, a sekretarzem Dra Sokołowskiego.

Projekt centralnego domu dla obłąkanych bliskim jest urzeczywistnienia. Nowy szpital stanie w Tworkach położonych o 2 mile od Pruszkowa, gdzie rada miejska zarządzająca szpitalami zakupiła już $3\frac{1}{2}$ włóki gruntu od właściciela posesyi p. Kryńskiego za sumę 25.000 rs. Pomiary techniczne i plany budowli zostały wygotowane i złożone do zatwierdzenia Komitetowi techniczno-budowlanemu w Ministeryjum spraw wewnętrznych. Projektowany dom obejmie urządzenia znajdujące się dziś w szpitalu Dzieciątka Jezus na 200 kobiet i w szpitalu Jana Bożego na 400 mężczyzn. Roboty mają być rozpoczęte zaraz po uzyskaniu zatwierdzenia, które jest spodziewane w najbliższym czasie.

* **Wiedeń**. Anatomija opisowa Hyrtla wyszła właśnie w 17ém wydaniu. Pokazuje się, że pomimo ustąpienia Hyrtla z katedry podręcznik jego cieszy się jeszcze powszechném uznaniem, zwłaszcza pomiędzy uczniami medycyny.

(S.) Na posiedzeniu Tow. lek. wied. d. 4 b. m. przedstawił Dr. Riehl dwa przypadki twardziela nosa. U obu tych chorych zajmowała sprawa chorobowa również błony śluzowe podniebienia i gardziela. Badanie mikroskopowe wyciętych kawałków nie wykazało prątków opisanych przez Fritscha. Dr. Lustgarten mówił o nowym przetworze rtęciowym, jest nim garbnikan rtęciawy (*Hydr. tannicum oxydulatum*), wytwarzany w pracowni prof. Ludwiga. Połączenie to podawane w dawkach po 0.1gm. 2 lub 3 razy na dzień znoszą chorzy znakomicie bez jakichkolwiek cierpień a objawy różnych postaci kiły drugorzędnéj ustępują wśród tego leczenia nader szybko. Dotąd obejmują doświadczenia dopiero 10 przypadków, autor nie przestał daléj doświadczać i ma nadzieję, że wkrótce zda sprawę obszerniéj ze znaczniejszego szeregu przypadków. Następnie zabrał głos prof. Albert zdając w krótkości sprawę z poszukiwań podjętych przez jego asystenta Dra Lorenza nad płaską stopą. A. sądzi, że praca L. rozstrzyga stanowczo kwestyję płaskiéj stopy, zestawia on zapatrywania dawniejsze z pojmowaniem rzeczy Lorenza i przyznaje ostatniemu zupełną słuszność.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin.** Dr. Kossel habilitował się jako docent fizyjologii. — **Praga**. W skutek usunięcia się prof. Fischla Wydział lekarski niemiecki przedstawił na katedrę psychijatryi na 1ém miejscu prof. Krafft-Ebinga z Gracu, a na 2ém docenta Picka. Zastępstwo po Hasnerze objął docent prywatny Schenkl. Jako następcę Hasnera zamierza Wydział lek. przedstawić na 1ém miejscu prof. Fuchsa, obecnie w Leodyjum, a na drugiém miejscu prof. Sattlera w Erlandze i docentów Bergmeistra i Reussa w Wiedniu. — **Paryż**. Damaschino mianowany został zwyczajnym prof. medycyny wewnętrznéj.

* **Wiadomości osobowe**. Dr. Jakliński, sekundaryjusz szpitala powszechnego w Jaśle, mianowany został lekarzem skarbowym w Komornie. Opróżnioną przeto jest posada lekarza młodszego przy szpitalu jasielskim; jestto jeden z większych szpitali prowincyjonalnych, albowiem mieści w sobie 100 łóżek, a leczy się w nim rok rocznie przeszło 1000 chorych.

Stopień doktora w. nauk lek. w Uniw. Jagiell. otrzymał p. Andrzéj Walentowicz z Krzeszowic, weterynarz miejski.

* **Nekrologija**. We Lwowie umarł Dr. Franciszek Neuhauser, b. prymaryjusz szpitala powszechnego.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Pamiętniku Tow. lek. warsz.* IV: Nenckiego (z Berna): Nowa metoda oznaczenia utlenienia fizyjologicznego i o wpływie na sprawę tę chorób i trucizn; Perkowskiego: Dobre skutki wydalenia (wyłyżeczkowania) szpiku przy osteomyelitis kości długich; Ławińskiego: Badania kliniczne nad arytmiją serca w ogóle a w szczególności przy wadach zastawek (dok.); Hołowińskiego: O geometryczném tłumaczeniu fal sfygmografu. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 2: Wicherkiewicza: Twardziel powiek i twarzy; Neugebauera: Dalszy przyczynek do nauki o pośrodkowém zeszyciu pochwy, jako środku do wyleczenia wypadnięcia macicy (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 2: Rosêgo: O upuście krwi w chorobach serca.

Redakcyja otrzymała:

Zbiór prac z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie. Zeszyt X. (Osobne odbicie z Przegl. Lek.) in 8vo str. 125 (zawiera rozprawy: Prof. Korczyńskiego, Drów Głuzińskiego, Jaworskiego i Wolframa).

A. TAMASSIA: Aspirazioni della medicina legale moderna, Padova 1883, in 8vo str. 32. (Osobne odbicie z *Gazz. med. Ital. Provinc. Venete*, wykład wstępny miany d. 23 listopada 1883 r. przy objęciu katedry medycyny sądowéj w Padwie).

Prof. Dr. SEIFMANN: Wykład o chorobach pomorkowych *(Epizootiologia)* z 4 tabl. litograf. Warszawa 1881, in 8vo str. 522.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 23 stycznia o godz. 6éj wieczór w sali Akademii Umiejętności zwyczajne posiedzenie, na którém: 1) kol. Schramm

mówić będzie o laparotomii w przypadkach niedrożności jelit; 2) kol. Rydel poda wyniki leczenia oderwania siatkówki w klinice okulistycznéj Uniw. Jagiellońskiego.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstock.

KONKURS.

Niniejszém ogłasza się konkurs na posadę Sekundaryjusza przy Jasielskim powszechnym szpitalu z roczną płacą 300 złr.

Obowiązki oznacza instrukcyja wydana przez Wys. Wydział krajowy.

PP. Drowie wszech nauk lekarskich chcący kompetować o tę posadę, zechcą należycie udokumentowane podania wnieść do tut. Zwierzchności gminnéj do 10 Lutego rb.

Jasło dnia 15 Stycznia 1884 r.

Burmistrz
Koralewski m. p.



Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmuję: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 26 stycznia 1884. **№ 4.** Rok XXIII.

I. Czy przyczyna napadów epileptycznych polega na zmianach w tylnéj części kory mózgowéj?

Badanie doświadczalne.

Podał **Dr. S. Daniłło**,
docent Akademii Lekarskiéj w Petersburgu.

Zapatrywania obecne na umiejscowienie czynności w korze mózgowéj rozwinęły się dopiero pod wpływem znanych doświadczeń Hitziga i Fritscha nad pobudliwością elektryczną kory. Późniejsze badania wykazują, że kora mózgowa pośredniczy nietylko w czynnościach ruchowych ale i w poczuwaniu pewnych zjawisk zmysłowych a ośrodki odpowiednie znajdują się w odrębnych jéj obszarach.

Zdawało się tedy, że naukę o umiejscowieniu pewnych czynności w mózgu należy uznać jako polegającą na trwałéj i niewzruszonéj podstawie, zwłaszcza że badania nad związkiem, zachodzącym pomiędzy tylnemi częściami kory a spostrzeżeniami wzrokowemi i słuchowemi u zwierząt ssących i u ptaków przemawiały stanowczo na korzyść téj nauki (Munk: *Gesammte Abhandlungen über die Physiologie der Grosshirnrinde*. Berlin, 1881).

W ostatnich czasach ukazała się praca Unverrichta: (*Experimentelle und klinische Untersuchungen über Epilepsie Arch. für Psychiatrie*. Tom XIV, zeszyt 2 z r. 1883, str. 175—262), w któréj autor twierdzi, że drażniąc elektrycznie obszar wzrokowy kory mógł wywołać napady epileptyczne, że przeto obszar ten należy uważać za miejsce, w którém szukać potrzeba przyczyny napadów padaczkowych (l. c. p. 283). Twierdzenie powyższe porusza pytanie takiéj doniosłości, że z przyjemnością poszedłem za radą prof. Munka, aby poddać doświadczalnemu badaniu wpływ drażnienia elektrycznego na tylne płaty mózgowe.

Pytanie, nad którém się zastanowić mamy, przedstawia się w krótkości w ten sposób: Wśród jakich warunków może drażnienie elektryczne tylnych części kory mózgowéj wywołać napad drgawek ogólnych? Czy skutki takiego zadrażnienia zawisły od bezpośredniego drażnienia czyli też od okoliczności, któreby dopiero wykazać należało. Tak koniecznie opiewać musiało pytanie, gdyż oprócz powyżéj wymienionéj pracy Unverrichta znane jest zapatrywanie Eckhardta, w r. 1874 wygłoszone, wprost przeciwne zdaniu pierwszego autora; Eckhardt twierdzi bowiem, że przez drażnienie elektryczne tylnéj części kory mózgowéj nie można nigdy wywołać napadu drgawkowego. (Kussmaul: *Störungen der Sprache*. Wyd. drugie, 1881, str. 121). Opechomski wreszcie wywoływał czasem napady podobne do padaczkowych przez zamrożenie tylnych części kory mózgowéj u psów; sądzi on, że napady epileptoidyczne można wywołać przez drażnienie rozmaitych obszarów kory mózgowéj, w końcu zaś autor bardzo przezorny w wysnuwaniu wniosków wyraził przekonanie, że zamrażanie jest nieodpowiedniém do badania kwestyj lokalizacyi w mózgu.

Powody, które Unverrichta skłoniły do twierdzenia powyższego, są następujące. W sprawozdaniu ze swych doświadczeń zapisuje on takie szczegóły: Wśród pierwszego doświadczenia nastąpiło po zadrażnieniu gwałtowne rozwarcie obu ócz (l. c. str. 236), gdy jednak natychmiast potem zadrażniono ośrodek mięśnia okrężnego powiek należało sądzić, że działanie drugiego bodźca zsumuje się niejako z działaniem pierwszego. Wyniki tego doświadczenia są dla nas bez korzyści, toż samo powiedzieć można o innem doświadczeniu, przedsięwziętém na tém samém zwierzęciu, u którego drażniono również tylne części kory. Nie podano tutaj ani natężenia prądu, ani czasu trwania drażnienia, a są to okoliczności nie małéj wagi, jak się o tém późniéj przekonamy. Toż samo powiedzieć można o drugiém doświadczeniu (l. c. str. 239). Tutaj jednak wypada zaznaczyć, że drażnienie kilku miejsc nie sprowadziło widocznych skutków; późniéj dopiero powstał napad, który można uważać za samoistny, gdyż u tego zwierzęcia już poprzednio spostrzeżono

taki sam napad kurczowy. W 8ém doświadczeniu (l. c. str. 247) drażniono płat średni dopiero dnia następnego po odsłonięciu prawéj połowy a okoliczność ta ma także pewne znaczenie, gdyż, jak wiadomo, wzmaga się pobudliwość mózgu wśród pierwszego okresu rozpoczynającéj się w nim sprawy zapalnéj. Że zapalenie musiało powstać wśród tych warunków i że następnie zajęło drugą połowę świeżo odsłoniętą, rozumie się samo przez się, naczynia bowiem tak obu połów opony twardéj, jakotéż opon miękkich wspólniczą ze sobą. Już z opisu autora (l. c. str. 248) wnosić należy o takiém zajęciu zapalném drugiéj połowy. W tym też przypadku nie można tych doświadczeń uważać za czyste, a to samo cośmy wyżéj o 1 i 2ém powiedzieli, odnosi się do doświadczeń 9, 14 i 15. Tylko wśród doświadczenia 15 dłuższe drażnienie nie wywołało wcale drgawek. Wnioski autora są ciemne, opisy doświadczeń nie dostatecznie stwierdzone.

Aby tedy zbliżyć się do rozwiązania pytania co do skutków elektrycznego drażnienia tylnych części kory mózgowéj, przedsięwziąłem w pracowni prof. Munka szereg doświadczeń. Do doświadczeń tych użyto wyłącznie psów (ważących 4,5—7 kgr.). Trepanacyi i odsłonięcia powierzchni dokonywano wśród słabego znieczulenia eterem, przedtém jednak wstrzykiwano podskórnie 1 do 2ctgm. morfinu na kilogram wagi zwierzęcia. Jak wiadomo, wśród takiego odurzenia morfinowego pobudliwość nie bywa zmniejszoną, owszem podniesioną. Drażnienie elektryczne rozpoczynano zazwyczaj dopiero w 25 lub 30 minut po ukończeniu wszelkich zabiegów przygotowawczych a więc już w tym czasie, gdy skutek znieczulenia eterem zupełnie ustąpił. Do drażnienia używaliśmy elektrod platynowych guzikowatych i sanek Dubois-Reymonda, wprawianych w ruch za pomocą stosu Daniella [1]). Rozpoczynano i przestawano drażnić za pomocą klucza Dubois Reymonda, przyłożywszy poprzednio elektrody prostopadle zamykano prąd i od téj chwili czas trwania drażnienia oznaczano w sekundach. Dla krótkości podam wśród dalszego opisu natężenie prądu, odległość cewek w centymetrach i ich dziesiętnych za pomocą liter *CC*, i liczb odpowiednich (1, 2, . . .) czas trwania zaś drażnienia przez *CD*.

Jak wiadomo tetanizacyja pewnego pola ruchowego za pomocą prądu krótkotrwającego i słabego wywołuje ruch w odpowiedniéj części ciała. Przedewszystkiém tedy baczyć należało, czy po tych samych bodźcach nastają te same skutki podrażnienia tylnych części kory. Pokazało się, że gdy po drażnieniu o pewném nasileniu w przodkowéj części powstawał wyraźny napad, bywał on zaledwie spostrzegalny po drażnieniu rozmaitych okolic tylnego płatu (obszaru wzrokowego, słuchowego i innych miejsc).

Doświadczenie I. Użyto psa ważącego 7 kilogramów, któremu wstrzyknięto 6 ctgr. morfinu. Trepanacyja po stronie lewéj; tetanizowanie ośrodka odnogi przodkowéj. OC=8, CD=5. Już po 2—3 sekundach widać toniczne drgnienie z wyprostowaniem łapy przeciwległéj, potém pojawiają się drgania tylnéj łapy, przechodzą wreszcie w kurcz tężcowy połowiczy, który utrzymuje się o kilka sekund dłużéj aniżeli drażnienie. Teraz zastósowano elektrody na obszar wzrokowy. Pomimo drażnienia o tém samém nasileniu nie widać żadnych ruchów. Po 10 minutach powtórzono to samo doświadczenie z takim samym skutkiem. Po następujących 10 minutach zadrażniono znowu (OC=5 CD=5). Brak ruchów. Ten sam skutek po 10 minutach przy OC=3, CD=5. Po 10 minutach przy OC=1 CD=5 słabe skomlenie, oddechy nieco głębsze, ustają jednak zwolna. Toż samo po 10 minutach przy OC=0 CD=5. Jednak zadrażnienie którejkolwiek przodkowéj części przy OC=0, CD=1—2 wywołuje gwałtowny napad kurczów po obu stronach, które trudno jest obserwować w poszczególnych fazach, trwają jednak zawsze o kilka minut dłużéj aniżeli drażnienie. Okazało się tedy, że za pomocą krótkich, chociażby nawet silnych prądów, nie można wywołać napadu kurczowego drażniąc tylną część kory mózgowéj.

Aby się przekonać, jak zachowuje się pobudliwość odpowiednich części wśród przebiegu spraw zapalnych, odsłonięto temu samemu psu dnia następnego połowę prawą mózgu. Opona twarda i miękkie okazywały znany obraz pierwszego okresu zapalenia (zaczerwienienie, zaćmienie itd.) Po zupełném ustaniu znieczulenia (eter bez morfinu) ponowiono doświadczenie z dnia poprzedniego z rezultatami wyżéj przytoczonemi. Same te doświadczenia ponawiano kilkakrotnie zawsze z tym samym skutkiem, a zbyteczném byłoby powtarzać je tutaj. Okazało się więc, że pomimo istnienia sprawy zapalnéj prądy krótkie zawsze są niedostatecznemi dla tylnych części kory mózgowéj.

Dawniéj już wykazał prof. Munk, że napad drgawkowy można wywołać drażniąc obszar ruchowy, ale tylko po użyciu bardzo silnego prądu, a skutek zawisł zapewne od zboczenia prądu z głównéj drogi (Wernicke l. c. s. 239); użyliśmy silniejszych bodźców, aby wywołać taki napad przez zadrażnienie części tylnych. Doświadczenia te dały nam najważniejsze rezultaty, dlatego opiszemy je nieco dokładniéj.

Doświadczenie II. Pies ważący około 5 kilogr.; wstrzyknięto 4 ctgrm. morfinu, odsłonięto prawą połowę mózgu, po 30 minutowéj przerwie nie wywołano drgawek drażniąc przestrzeń wzrokową przy OC=9, CD=30; toż samo po upływie 15 minut przy OC=6, CD=30. Po następujących 15 minutach przy OC=4, CD=30 nie spostrzeżono ani ruchów odnóg ani téż mięśni głowy, toż samo przy OC=1, CD=30. Natomiast drażniąc przodkowe części wywoływano drgawki po użyciu bodźców o takiém samém natężeniu jak w doświadczeniu I.

Doświadczenie III. Pies ważący 6·5 kilogr.; wstrzyknięto około 7 ctgrm. morfinu, odsłonięto lewą połowę mózgu i zadrażniono część tylną (przestrzeń wzrokową miejsce *A* Wernickego l. c. str. 210, fig. 70). Stósowanie prądu przy OC=7, CD=60, pozostaje bez skutku. Toż samo z takim samym skutkiem powtarzano jeszcze 4 razy w odstępach 10-minutowych; po użyciu bodźca silniejszego (OC=4, CD=60) widać drgania ucha przeciwległego. Drgania te trwają prawie dopóty, dopóki stósowano prąd a przed ich wystąpieniem zwierzę skomli, tor oddechowy jest nieco przyspieszony. 15 minut później, gdy zwierzę zupełnie się uspokoiło, wywołano napad drgawkowy drażniąc to samo miejsce przy OC=2. CD 60. Przed tym napadem wystąpiły następujące objawy: zrywanie się zwierzęcia, skomlenie i drganie w mięśniu skroniowym przeciętym po téj saméj stronie. Napad drgawek rozpoczyna się jak przed tém od drgań przeciwległego ucha i mięśnia okrę-

[1]) Ponieważ w tych doświadczeniach rozchodzi się jedynie o sumaryczne działanie prądów, zaniechano użycia elektrod niepolaryzujących, jakich użyliśmy w ciągu innéj pracy (*Archives de Physiologie*, 1882), modyfikując nieco elektrody podane przez Heidenheina i Bubnowa.

żnego oka po prawéj stronie, do nich przyłączają się kloniczne drgawki lewego mięśnia okrężnego powiek, jednak bardzo słabe, następnie zaczyna drgać język, przodkowa i tylna łapa po stronie prawéj, drgawki posuwają się na stronę lewą rozpoczynając się w łapie tylnéj przechodzą w drgawki ogólne, które trwają o dwie minuty dłużéj aniżeli działanie bodźca. W 15 minut późniéj powtórzono to samo doświadczenie z takim samym rezultatem, należy jednak dodać, że po użyciu słabszego bodźca (OC=3, CD=60) spostrzega się tylko kloniczne drgania przeciwległego ucha i oka.

Rezultat powyższego doświadczenia dowodzi słuszności zapatrywania M u n k a, gdyż okazuje, że aby wywołać napad drgawek od tylnéj części kory, należy użyć tak silnych bodźców, iż o ograniczoném działaniu prądu mowy być nie może. Że ma się tutaj w istocie do czynienia ze zbaczaniem prądu, dowodzi okoliczność, że przed napadem pojawiają się oznaki zadrażnienia opony twardéj i mięśni okolicznych, do których przyłączają się dopiero późniéj drgania mięśni głowy i odnóg. Jeżeli się dokładnie śledzi występowanie drgawek w poszczególnych grupach mięśniowych, widać, że występują one w tym samym porządku, w jakim ośrodki ich są ugrupowane w korze mózgowéj od przodu ku tyłowi. Nadto zdaje nam się usprawiedliwionêm twierdzenie, że czasowe drażnienie (CD) nie należy przypisywać większego znaczenia, jak to U n v e r r i c h t sądzi, (l. c. 233), aniżeli natężeniu prądu (CD). Jeżeli przyjmiemy pewną ilość przerw w pewnym czasie za ilość stałą, to okaże się z naszych powyżéj przytoczonych doświadczeń, że skoro z obydwu składników siły bodźca (OC i CD) jeden np. CD okazał się słabym dla części tylnéj, był pomimo tego zupełnie dostatecznym dla części przodkowéj. Skutki drażnienia nie zawisły tedy od CD, lecz od miejsca zadrażnionego.

Ponieważ zadrażniono w obszarze kory, który nie pozostaje w związku z dolną wiązką podłużną a oprócz tego wskazywały objawy, że opona twarda i okoliczne mięśnie zostały zadrażnione, że przeto istniało zboczenie prądu w rozmaitych kierunkach, należało się zastanowić, jakimby sposobem zapobiedz temu działaniu prądów ubocznych. Aby zagrodzić drogę do dolnych podłużnych wiązek, przedsięwzięto następujące:

D o ś w i a d c z e n i e IV. Pies ważący 7·5 kilogr., wstrzyknięto 6 ctgrm. morfinu. Odsłonięto obydwie połowy mózgu pozostawiając mostek kostny wzdłuż zatoki podłużnéj. Drażniąc miejsce *A* obszaru wzrokowego po stronie prawéj wywołano za pomocą OC=4,CD=75, znany napad drgawek obustronnych. W 15 minut późniéj przy tém samém natężeniu bodźca wywołano ponowny napad, a podczas gdy drgania ucha obserwowano, odcięto za pomocą głębokiego cięcia poziomego od tyłu ku przodowi przebiegającego przez środek płatu tylnego. Napad trwał daléj mimo to bez najmniejszéj zmiany i ustaje dopiero w trzy minuty po pojawieniu się pierwszych drgań ucha przeciwległego. 15 minut późniéj zadrażniono takim samym prądem to samo miejsce powierzchni i uzyskano zupełnie taki sam rezultat, jak pierwszym razem. W pół godziny późniéj powtórzono to samo doświadczenie (tj. drażnienie, cięcie i ponowne drażnienie) po stronie lewéj i to znowu z takim samym rezultatem.

Na mózgu stwardniałym w wyskoku widać, że cięcie przebiega po stronie prawéj nieco głębiéj aniżeli po stronie lewéj. Po prawéj stronie przebiega na 1·4 cm. od przodu ku tyłowi, rozpoczyna się tuż pod obszarem wzrokowym w szerokości około 2·5 cm. Po lewéj stronie zagłębia się tylko na 1 cm. a powierzchnia rozkroju ma też samą szerokość co po stronie prawéj. W tym téż rozmiarze istota biała, leżąca poniżéj, oddzieloną jest od warstw powierzchownych.

Doświadczenie powyższe przekonało nas, że głębsze wiązki włókien nie pośredniczą w przenoszeniu drażnienia, gdyż po przecięciu można było wywołać znowu napad kurczowy. Drażnienie rozpościera się więc na powierzchni mózgu, aby jednak dowieść tego bezpośrednio, przedsięwzięto następujące doświadczenie, celem oddzielenia części tylnéj od przodkowéj.

D o ś w i a d c z e n i e V. Pies ważący około 5 kilogr., wstrzyknięto 5 ctgrm. morfinu, odsłonięto obydwie półkule mózgowe. Drażniąc przy OC=3, CD=30 środkową część tylnego płatu po stronie prawéj wywołuje się tylko skomlenie i rzucanie się zwierzęcia. Przy OC=2, CD=60 pojawiają się ruchy mięśni odpowiedniéj połowy głowy i kloniczne drgawki przeciwległego ucha, 15 minut późniéj przy OC=1·5, CD=75 toniczne i kloniczne drgawki ucha i oka po stronie przeciwnéj, potem ruchy szczęki, języka, przodkowéj i tylnéj łapy, toż samo pojawia się po drugiéj stronie ciała postępując od dołu ku górze. Drgawki trwają prawie o 2 minuty dłużéj aniżeli drażnienie. W 10 minut późniéj wywołano znowu napad za pomocą OC=1, CD=90. Podczas tego napadu poprowadzono cięcie na 1·5 cm. długie, głębokie na 5 do 6 mm. prostopadle do rowka podłużnego tuż przed przestrzenią wzrokową, napad trwał nadal tak samo jak przed przecięciem. Ranę w korze mózgowéj pokryto hubką i zwierzę ułożono spokojnie aż do ustania krwotoku, co też nastąpiło po 20 minutach. Teraz oczyszczono powierzchnię mózgu ze skrzepów krwi, odjęto hubkę i zadrażniono w ten sam sposób to samo miejsce, tak jak przed przecięciem, wywołano jedynie skomlenie i wycie psa bez jakichkolwiek objawów ruchu. Po 5 minutach pomimo ponownego drażnienia nie wywołano innych objawów przy OC=0, CD=120 [1]). Po dwu godzinach wykonano to samo doświadczenie i przecięcie po stronie lewéj. Oprócz tego doświadczenia pomimo ponawianych zabiegów przekonano się, że cięcie głębokie na 4 do 4·5 mm. poprowadzone w tylnéj części kory mózgowéj nie powstrzymuje napadu już istniejącego; po przecięciu jednak najsilniejsze bodźce, zastósowane na części znajdujące się po za cięciem, nie zdołają wywołać napadu drgawkowego. Wpływ takich bodźców uwydatnia się jedynie przez oznaki zadrażnienia opony twardéj i okolicznych mięśni głowy. Na mózgach takich stwardniałych w wyskoku widać; że po cięciu dochodzącém na 4—6 mm. w głąb a szerokiém na 1·5 lub 1 cm. pozostaje bezskuteczném drażnienie tylnych części, że więc bardzo płytkie cięcia powstrzymują już szerzenie się odnóg prądu. To powstrzymanie dowodzi stanowczo, że kora mózgowa tylnych części nie ma najmniejszego udziału w czynnościach ruchowych, gdyż w przeciwnym razie takie cięcie nie przeszkodziłoby drażnieniu elektrycznemu.

Mechanizm powstrzymania tłumaczymy w ten sposób: Odnogi prądu, które rozchodzą się swobodnie przed przecięciem i mogą wywołać odpowiednią zmianę w składnikach części przodkowéj, dostają się z powierzchni w głąb przez krew po przecięciu wynaczynioną a dobrze przewodzącą. Nie pozostaje tutaj bez wpływu sam mechaniczny zabieg przecięcia włókien asocyjacyjnych, które przebiegają w rozmaitych kierunkach w istocie szaréj kory mózgowéj, jak to wykazał E x n e r (*Ueber der feineren Bau den Gross-*

[1]) W tém doświadczeniu brał udział prof. M u n k.

hirnrinde Sitzungsber. d. wiener Akad. der Wiss. 1881). Te dwie przyczyny a mianowicie krwotok i przecięcie włókien tłumaczą dostatecznie, dlaczego nie występują drgawki po cięciu tego rodzaju. Cięcie nie zapobiega już istniejącemu napadowi, a to z tego powodu, że już przed jego wykonaniem nastała zmiana, w części przodkowéj wywołana odnogami prądu. Istnienia zmiany, która wywołuje napad drgawek, dowodzi również następujące doświadczenie.

Jak wiadomo wycięcie któregokolwiek obszaru ruchowego korowego powstrzymuje napad drgawek, skoro wycięcie wykonano podczas napadu (Munk). Przez ten zabieg powstrzymuje się tedy szerzenie się zadrażnienia i oddala równocześnie okolicę bezpośredniego drażnienia. Ta okoliczność przemawia za samodzielną pobudliwością pewnych okolic kory mózgowéj w częściach przodkowych. Skoro się jednak wykona to samo doświadczenie w którémkolwiek miejscu części tylnéj, napad drgawkowy nie zostaje przerwanym. Za przykład posłuży:

Doświadczenie VI. Pies ważący 5 kilogr., wstrzyknięto około 3 ctgrm. morfinu, odsłonięto obydwie połowy mózgu. Z obszaru wzrokowgo (*A*) wywołano napad drgawkowy za pomocą OC=5, CD=120, który przebył w przeciągu trzech minut wszystkie swoje fazy po obu stronach. W pół godziny późniéj wywołano z tego samego miejsca po stronie prawéj ponowny napad za pomocą bodźca o takiém samém natężeniu. Podczas drgawek klonicznych ucha przeciwległego odcięto małym nożem o ile możności jak największą część przestrzeni wzrokowéj, drgawki zajęły jednak mięsień okrężny powiek, szczękę, język itd. Cały napad nie różnił się wcale od poprzedniego. Po upływie pół godziny; przedsięwzięto to samo doświadczenie po drugiéj stronie z tym samym rezultatem. Odcięte części istoty korowéj mają około 1·5 cm. średnicy i około 5—6 mm. grubości w środku. Cięcia sięgają tedy dosyć głęboko w istotę białą. Widać więc, że modyfikacyja cząstek kory mózgowéj zostaje zmienioną przez odcięcie miejsca zadrażnionego, które należy przeto uważać jedynie za miejsce pośredniczące w przeniesieniu bodźca, nie zaś za stojące w bezpośrednim związku z drgawkami mięśniowemi, jak to ma miejsce w części przodkowéj (t. zw. ruchowéj).

Okoliczność, że bodźce dostateczne do zadrażnienia części przodkowych okazują się słabemi dla tylnych, może niemniéj posłużyć do doświadczalnego wytłumaczenia pewnych klinicznych i anatomo-patologicznych spostrzeżeń, napotykanych w korze mózgowéj. — Wiadomo, że pewne sprawy nowotworowe i zapalne w korze tylnych płatów uchylają się z pod rozpoznania za życia człowieka a sekcyja dopiero odkrywa wybitne zmiany patologiczne, gdy o ich obecności nie świadczyły nawet najmniejsze zmiany w ruchach, przeciwnie w innych przypadkach też same zmiany były przyczyną napadów drgawkowych. — Powyższe doświadczenia, wśród których stósowano takie same bodźce na rozmaite okolice kory mózgowéj, mogą snadnie wytłumaczyć, dlaczego zmiany w mózgu w miarę umiejscowienia raz pozostają bez objawów, innym razem pociągają za sobą całe szeregi objawów. W przypadkach, w których bodziec był za słabym, nie sprowadzała zmiana żadnych zboczeń, w innych przypadkach bodziec potęgował się do tego stopnia, iż przez to nastawała odpowiednia modyfikacyja cząstek w obszarze ruchowym, która objawiała się na zewnątrz zmianami w dziedzinie ruchowéj, klinicznie można i trzeba było wytłumaczyć to tylko przez przypuszczenie szerzenia się zadrażnienia lub téż zbierania i sumowania się niejako jego działania. Na korzyść ostatniego zapatrywania przemawiają zdaniem naszém następujące okoliczności: brak napadu drgawkowego u psa po powierzchownéin odcięciu przodkowéj części kory mózgowéj od tylnéj, pomimo drażnienia elektrycznego pierwszéj; powtóre trwanie drgawek po wycięciu miejsca zadrażnionego tylnéj części, jak niemniéj po poziomém odcięciu powierzchownéj warstwy istoty mózgowéj w témże samém miejscu.

W końcu słów kilka o pracy Unverrichta, o ile ona dotyczy typu drgawek i wpływu na nie środków odurzających. Autor sądzi, że drgawki wywołane za pomocą wyciągu piołunowego nie są takiemi samemi jak w padaczce samoistnéj (l. c. s. 184); już dawniéj wykazaliśmy graficznie (l. c. fig. 6), że drgawki występujące w pewnym okresie zatrucia wyciągiem piołunu są drgawkami klonicznemi powtarzającemi się; tak więc wśród rozmaitych warunków mogą różne bodźce wywołać takie same skutki. Wpływ chloralu i eteru łagodzący drgawki jest od dawna znanym. Cyon i inni badacze wykazali, że działanie chloralu równa się chwilowemu usunięciu kory mózgowéj. Jak wiadomo ustają drgawki wywołane strychninem po wstrzyknięciu chloralu; wstrzyknięcie chloralu do krwi znosi drgawki wywołane wyciągiem piołunowym, jak to już wykazaliśmy (l. c. s. 588). To działanie chloralu nie dziwiłoby wcale autora, jak to ma miejsce na stronie 214 jego rozprawy, gdyby mu tylko lepiéj znaną była literatura tego przedmiotu. Przeciwdrgawkowe działanie eteru jest niemniéj znaném od czasu doświadczeń Hitziga, późniéj zaś stwierdzili je doświadczalnie Braun i Albertoni, jakkolwiek Unverricht nie wymienia ich w tém miejscu, gdzie mówi o wpływie eteru na drgawki.

Wszystkie preparaty mózgów i niniejszy szereg doświadczeń okazaliśmy prof. Munkowi, któremu też winniśmy wdzięczność za chętną pomoc w téj pracy użyczoną.

II. Przyczynek do nauki o alkoholizmie.

Napisał prof. **J. Mierzejewski** w Petersburgu.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 3).

Nasamprzód żołądek podlega działaniu téj trucizny; powstaje niesmak, nieżyt, skłonność do nudności i wymioty ranne (*vomitus matutinus*). W wątrobie następuje przekrwienie, a z czasem rozwija się w niéj przewlekła sprawa zapalna. Płuca pozostają w stanie ciągłego rozdrażnienia w skutek wydzielenia wyskoku śród oddechania. Taki stan jest punktem wyjścia następowych przewlekłych chorób tego przyrządu. Czynność serca słabnie z powodu tłuszczowego zwyrodnienia mięśnia a w naczyniach tworzy się skleroza i miażdżyca. Słabnie także i czynność płciowa. Ogólna zamiana materyi staje się powolniejszą (zwalnia się utlenienie, zmniejsza wydzielenie kwasu węglowego przy wydychaniu, i wydzielenie mocznika przez nerki). Zaburzenia tych wszystkich czynności odbijają się na twarzy pijaka i nadają jéj wyraz szczególny. Jedni z nich mają twarz czerwoną i pełną z wydatnemi czerwonemi żyłkami na nosie i policzkach; oczy ich błyszczą a spojówka jest zgrubiałą. Na twarzy i w ruchach uwydatnia się szczególniejsza śmiałość, pewność siebie i niezwykła czelność. Drudzy odznaczają się wzrokiem mdłym, twarzą jakby opuchłą, cery bladéj lub woskowéj, z wyrazem głębokiéj obojętności, przy powolnych, niezgrabnych i niepewnych ruchach. Nakoniec za dalszym rozwojem choroby alkoholicy zwykle chudną, twarz ich przyjmuje

brudno-ziemistą barwę, i widać na niéj wyraz przytępienia, przedwczesne liczne zmarszczki; włosy wypadają; tylko pod wpływem nowych dawek wyskoku lub w chwilach gniewu występuje ożywienie rysów twarzy z objawami zwierzęcego okrucieństwa i niepowstrzymanéj gwałtowności.

Opisane objawy alkoholizmu przewlekłego rozwijają się nie od razu; w przebiegu ich rozwoju można zauważyć pewien związek, następowość i stopniowanie, a skoro dochodzą do pewnéj wysokości swojego rozwoju, wtedy zbiór ich całkowity nazywa się alkoholizmem chronicznym. Rozumie się, że taki obraz kliniczny występuje prędzéj lub późniéj, ale występuje niezawodnie u alkoholika i zależy to od usposobienia dziedzicznego, od sposobu używania napojów wyskokowych, od ich gatunku i ilości, nareszcie od uprzednich chorób mózgowych, które człowiek ten przebył. Lecz jeśli tylko obraz ten kliniczny już istnieje, to oprócz wspomnianych objawów istnieje także usposobienie do ważniejszych zaburzeń w dziedzinie umysłowéj, usposobienie łatwo uwydatniające się pod wpływem najrozmaitszych przyczyn. Dzięki temu alkoholik bardzo prędko podlega niebezpiecznym zaburzeniom umysłowym, nietylko krótkotrwałym, ale i więcéj przewlekłym, pod wpływem przygnębiających moralnych wzruszeń, pod wpływem choroby przypadkowéj, wywołującéj gorączkę lub uszkodzenia głowy, a nawet w skutek nieznacznego powiększenia zwykłe używanych dawek wyskoku (i bardzo być może także w skutek nagłego powstrzymania się od napojów wyskokowych). Chorobliwość zależy na tém, iż w chronicznem zatruciu wyskokowém słabnie regulująca działalność ośrodków psychicznych do takiego stopnia, że najmniejsze nawet przyczyny okazują się dostatecznemi dla naruszenia prawidłowości funkcyj psychicznych. Wspomniane przyczyny są najlepszemi odczynnikami ku wykryciu u alkoholika utajonego usposobienia do ważniejszych cierpień psychicznych i jakkolwiek one działają czy osobno, czy wszystkie razem, to wynikiem ich zwykle bywa albo obłęd pijacki w najróżnorodniejszych postaciach, albo tak zwane upojenie chorobowe, albo omamienie z cechą szczególną, albo nakoniec prawdziwe obłąkanie z krótszym lub dłuższym przebiegiem (zaduma, manija, pomieszanie pierwotne itd.) Zastanowimy się tu tylko nad obłędem pijackim i postaramy się podać niektóre nowe fakta, zebrane podczas badania téj choroby. Wreszcie, prawie wszystkie, tak krótkotrwałe jak i przewlekłe, formy psychoz alkoholicznych, rozwijają się z uprzedniego obłędu pijackiego, albo drogą skoncentrowania i usystematyzowania pierwotnych myśli, albo téż drogą gwałtownego wstrząśnienia nastroju uczuciowego, wstrząśnienia wywołanego pierwotném bredzeniem i przemieniającego się w następstwie w trwalsze zaburzenia dziedziny uczuciowéj.

Wyjątkowo wszakże zdarza się, jak tego dowodzą niektóre spostrzeżenia, że u pijaków nałogowych gwałtowne, moralne wzruszenie, wstrząs moralny odrazu wywołuje psychozę przewlekłą, bez uprzedniego napadu obłędu pijackiego. Podobną obserwacyję opisał na międzynarodowym Kongresie w Londynie w r. 1880 Dr. Mote. My sami także mieliśmy sposobność widzenia podobnych przypadków. Jeden z takich chorych dotychczas znajduje się w klinice naszéj; należy on do nałogowych pijaków i pod wpływem wieści o wiadoméj katastrofie pierwszego marca 1881 roku uległ psychozie przewlekłéj. W danym razie bez uprzedniego obłędu pijackiego odrazu nastąpił stan manijakalny, który trwa już rok trzeci.

Ostry obłęd pijacki (*delirium tremens*) zdarza się tylko u pijaków chronicznych; wyjątek od tego prawidła stanowi otrucie piołunem, albowiem za jednorazowém i nadmiernem jego użyciem może nastąpić napad ostrego obłędu pijackiego. Ta forma choroby najczęściéj powstaje pod wpływem częstego nadużycia wyskoku, w szczególności podczas upałów letnich, lub téż w skutek przeziębienia przy silnych mrozach, jak również pod wpływem uszkodzeń lub przypadkowych chorób fizycznych, którym towarzyszy gorączka.

Ostry obłęd pijacki cechuje się nader żywemi sennemi widzeniami, halucynacyjami, ogólném osłabieniem, zmniejszeniem łaknienia, a daléj wstrętem do jedzenia, obfitym potem i gorączką. Najczęściéj choroba pojawia się wieczorem albo w nocy i dochodzi do rozmaitego stopnia natężenia zaczynając od sennych widzeń, bezsenności i spokojnego bredzenia, aż do wybuchów krótkotrwałego szału. Takiemu napadowi towarzyszy trzęsienie, stanowiące jeden z najstalszych objawów choroby, chociaż przyznać należy że najcharakterystyczniejszym jéj objawem jest bredzenie. Napad trwa kilka dni, nawet i tygodni i kończy się długim snem, poczém zwykle samowiedza wraca. Halucynacyje bywają nader różnorodne, zmienne i niekiedy z krótkotrwałych przechodzą w więcéj stałe i stanowią źródło urojeń i bredzeń. Bredzenie stopniowo koncentruje się i utrwala i na takiém tle zarysowuje się wyraźna forma choroby umysłowéj jako obłąkanie pierwotne. W innych razach działanie początkowego bredzenia alkoholika na jego nastrój uczuciowy jest tak silne i reakcyja powstająca w tym nastroju jest tak znaczną i długą, że początkowy napad obłędu pijackiego przetwarza się w prawdziwe obłąkanie melancholiczne lub téż w przewlekły stan manijakalny. Ponieważ w klinicznym obrazie ostrego obłędu pijackiego najważniejszą rolę odgrywają widzenia senne, halucynacyje, trzęsienie i gorączka, to wszystkie te obrazy postaramy się opisać szczegółowiéj.

I. Gorączka. W przypadkach obłędu pijackiego, kończących się szczęśliwie ciepłota ciała dochodzi do 38° i nieco więcéj; nader rzadko bywa wyższą. W przypadkach, w których ciepłota w prostnicy w ciągu kilku dni dochodzi do 39° lub téż od czasu do czasu podwyższa się aż do 41°, rokowanie bywa nader niekorzystne. Jeśli w takich razach nie ma urazów i innych wpływów chorobowych, przy pomocy których możnaby sobie wytłumaczyć podobne podwyższenie ciepłoty ciała, to taką formę obłędu pijackiego powinniśmy uważać za nader niebezpieczną i zgodnie z Magnanem nazywać *delirium tremens febrile*. Śmierć jest zwykłém zakończeniem téj choroby.

II. Trzęsienie. Trzęsienie prawie zawsze towarzyszy napadowi obłędu pijackiego i jeżeli się okazuje nie we wszystkich mięśniach wolnych lecz tylko w niektórych, to stanowi objaw przechodowy i niegroźny. Jeśli jednakże występuje ono we wszystkich mięśniach i jeśli przytém spostrzega się skurcze w pojedyńczych włókienkach mięśniowych, co daje się czuć wszędzie przy dotykaniu powierzchni ciała, wtedy rokowanie staje się o wiele gorszém, ponieważ taki objaw zdarza się tylko w *delirium tremens febrile*. W téj formie obłędu pijackiego spotykamy nadzwyczajne osłabienie mięśni.

III. Widzenia senne. Wiadomo, że podczas sennych marzeń w samowiedzy śpiącego istnieją wyłącznie obrazy i halucynacyje wzrokowe, obrazy słuchowe zaś nie istnieją. Człowiek śpiący rozróżnia najdelikatniejsze odcienia

kolorów, któremi są ubarwione przedmioty jego wyobraźni, jest obecnym przy rozmaitych zdarzeniach, ale nie słyszy wyrazów wymawianych przez osoby, a tylko zgaduje ich myśli. Wędrując we śnie po cudzych krajach nie słyszy mowy cudzoziemskiej. Jeśli śpiący otrzymuje jakiekolwiekbądź wiadomości lub jest przedmiotem wynurzeń, to i w takich razach nie słyszy on ich, a tylko czyta, albowiem najczęściéj są one wypisane złotemi literami na ścianach lub wyryte na kamieniu. Takie obrazy wzrokowe sennych marzeń zmieniają się bezustannie jak widoki latarni czarnoksiężkiéj; są one nadzwyczaj ruchliwe i śpiącemu zdaje się, że on także wraz z niemi ulega ruchowi. Przyjmuje jak najczynniejszy udział w tych wszystkich wymarzonych przypadkach, w których aktorami zwykle są osobistości do tego najnieodpowiedniejsze. Przebywa największe przestrzenie i znów wraca na to miejsce, zkąd rozpoczął swoją wędrówkę. Zdolność logicznego sądzenia, krytyka faktów i samowiedza wypadają z psychicznéj działalności osoby znajdującéj się pod wpływem sennych widzeń. Najnieprawdopodobniejsze spotkania i zdarzenia nie stanowią dla niego nic nadzwyczajnego, a najzupełniejszy brak związku między ideami, niekonsekwentność i niemożliwość tych wypadków, których on jest widzem i działaczem, nie wywołują u niego najmniejszego zdziwienia. Wszystko, co widzi i czego jest uczestnikiem, tak prędko bieży, że zatrzymać je jest zupełnie niemożliwém; wszystko jest tak ożywioném, że porywa i przykuwa całą jego uwagę, nie dając możności zastanowienia się i poddania otrzymanych wrażeń należytéj krytyce.

Napad obłędu pijackiego zaczyna się zawsze od sennych widzeń i bardzo często są one jedynym tego napadu objawem; w takich razach widzenia trwają sześć do ośmiu nocy, jednym ciągiem, dochodzą do znacznéj siły i nikną. W sennych widzeniach alkoholików można upatrywać minimalne obostrzenia alkoholizmu chronicznego. Mają one zwykle cechę nieprzyjemną, groźną. W silniejszych napadach obłędu pijackiego, kiedy u chorego zjawia się bredzenie i w ciągu dnia, senne widzenia mają z tém bredzeniem wiele wspólnego; co więcéj, dzienne bredzenie rozwija się niekiedy na tle sennych widzeń i stanowi dalszy ich ciąg, wyższy stopień rozwoju. Chory wikła rzeczywistość z widzeniami i w takich razach samowiedza jego nie rozróżnia pierwszéj od ostatnich.

IV. H a l u c y n a c y j e w obłędzie pijackim mają charakter sennych widzeń; sąto téż same widzenia tylko na jawie: taż sama ruchliwość, zmienność i różnorodność są im właściwe i cechujące takowe. Szybkość ich powstawania i znikania, zmienność ich fantastycznych zarysów, przykry ich widok do takiego stopnia przykuwają i pochłaniają uwagę chorego, tak silnie powstrzymują psychiczną działalność, że człowiek nie jest w stanie zatapiać się w szczegółach swoich omamów, pomyśleć i poddać ich rozbiorowi krytycznemu. Dla tego téż alkoholikowi pozostającemu w stanie obłędu pijackiego zupełnie tak samo jak człowiekowi we śnie zdają się możliwemi najdziwaczniejsze spotkania, najnieprawdopodobniejsze zdarzenia, najoryginalniejsze widoki; porwany przez te wrażenia, poświęciwszy im całą swoją uwagę, alkoholik bierze je za podstawę dla swoich postępków.

Halucynacyje zdarzają się u alkoholików we wszystkich przyrządach umysłowych. Jako treść i tło tych halucynacyj występują codzienne zajęcia chorego, a mianowicie te wrażenia, pod wpływem których pozostawał w ostatnich czasach. Zawsze jednakże zachowują one nieprzyjemny koloryt i w chorobliwéj wyobraźni alkoholika przeważa to, co straszne i bolesne. Ruchliwość halucynacyjnych widzeń i idei chorego odbija się w jego postępkach prędkich, gwałtownych jakby nieskończonych, nieobmyślanych, przyjmujących postać błagania o przebaczenie, obrony lub napaści. Omamy zmysłów u alkoholików przedstawiają stopniowanie zaczynając od najprostszych rozdrażnień odpowiednich organów, od najprostszych iluzyj do nader skomplikowanych psychicznych objawów, będących wcieleniem tych uczuć i myśli, które alkoholika poruszają. Postaramy się bliżéj rozpatrzyć się w tém, co tak trwoży osoby w stanie obłędu pijackiego pozostające, we wszystkich urojonych wrażeniach, które go niepokoją. Chory widzi iskry, płomyki, świecące się pręciki, złote tabliczki, ogniste kręgi i różnokolorowe kropki. Punkcik przemienia się w płomień, ten ostatni przyjmuje postać słupa dymu, z którego spadają setki owadów, świecących się muszek itp. Zdaje mu się, że go napadają rozmaite zwierzęta, albo zbójcy; jest świadkiem najstraszniejszych scen, widzi się otoczonym kotłami z buchającym płomieniem; przed oczami stają mu szafoty, kobiety nagie, pochody pogrzebowe, całe wozy napełnione trupami lub szkieletami idą przed nim procesyją; słyszy szum, świst, odgłos dzwonów, jęki, przekleństwa, brzęk łańcuchów, rozmaite szepty, których nie może dosłyszeć, wymyślania, groźby i obwinienia skierowane przeciwko jego czci, moralności itp. Czuje najnieprzyjemniejsze zapachy, duszące gazy, gorejącą siarkę, gnijące trupy itp. Miewa poczucia smakowe wstrętne, smakowanie trucizn roślinnych i metalicznych. W wyobrażeniu chorego są one przedmiotem najstraszniejszych mąk i udręczeń; zdaje mu się, że wbijają nóż w jego ciało, zlewają je gorącą stearyną, roztopionym ołowiem, że skórę szarpią szczypcami, że tysiące owadów pełzając po nim tnie go niemiłosiernie, że robactwo toczy jego ciało, kawałkami odpadające, że mnóstwo much, komarów, pająków dostaje się do nosa, ust i innych otworów ciała, że wpada do wody i pływa, lub téż spada w przepaść.

Badając ściśle złudzenia i objawy alkoholików, oraz warunki ich powstawania i rozwoju, dochodzi się do nader zajmujących szczegółów. Wiele z tych złudzeń pochodzi najprawdopodobniéj od drżenia mięśnia Brückego, które ma miejsce wspólnie z trzęsieniem spostrzeganém w innych mięśniach. Jeśli chory wpatruje się w jaki przedmiot, to takowy podczas stosowania nań oka ulega wahaniu się swych rozmiarów i bądź zwiększa się przybliżając, bądź téż zmniejsza oddalając się, co zależy od większego lub mniejszego stopnia skurczu mięśnia Brückego. Prawdopodobnie w związku z drżeniem rzeczonego mięśnia u opilców jest złudne spadanie przedmiotów, w które się wpatrują. Zapuszczając do oka takich chorych ezeryn, i czyniąc tym sposobem źrenicę ich mniej ruchliwą, zmniejszamy złudzenia w znacznym stopniu. (G a ł ę z o w s k i).

Inne złudzenia opilców podług wszelkiego prawdopodobieństwa zależeć muszą od wysokiego stopnia wrażliwości na barwy, jakiéj ulegają chorzy na obłęd pijacki w pierwszym okresie. Przedmioty, na które patrzą, wydają się im w pysznych barwach, błyszczą świetnym kolorytem, a wrażenia powidokowe dłużéj utrzymują się na siatkówce. Ta wrażliwość na barwy, silne i przydłuższe ich odczucie usposobiają opilca do barwnych złudzeń; jeśli mu każemy patrzeć na gładką czerwoną powierzchnię, a następie skierujemy jego wzrok na żółty papier, to ten przedstawi mu się w zabarwieniu czerwonopomarańczowém. Wrażliwość na barwy i dłuższa trwałość powidoków cechują tylko pierwszy okres obłędu

pijackiego; w następnych to odczucie nietylko słabnie, lecz powstaje barwoślep; okoliczność ta tłumaczy, dla czego cierpiącym na obłęd pijacki wydają się często twarze osób otaczających trupio-blado-żółtemi; złudzenie takie może stać się źródłem urojeń, i w tym względzie chorzy tacy przypominają histeryczki, które czasem tracą chwilowo zdolność odczuwania niektórych barw.

Chorzy na obłęd pijacki posiadają w wysokim stopniu zdolność uzupełniania linij widzianych przedmiotów kształtami własnéj wyobraźni; najmniejszy fałd, deseń na obiciu ściany, szczelina itd. zamienia się w ich wyobraźni na postacie dziwne; wystarcza, aby do świadomości chorego doszły ze świata rzeczywistego tylko słabe podniety, to reszty dopełnia chorobliwa jego twórczość; objaw ten tak jest wybitny, że chorzy wykształceni, po powrocie do zdrowia, opowiadali mi, że przebywając w izbach, których ściany miały jasne i gładkie obicie, mniej cierpieli na złudzenia; natomiast przeniesieni do sal z różnokolorowemi i wzorzystemi obiciami w rażących kolorach, z płaskorzeźbami itp., stawali się niespokojnymi w skutek przyrostu złudzeń, powtarzających się w tém nowém otoczeniu. Złudzenia takie dręczą i w innych cierpieniach, np. w durze, przy czém nieraz świadomość zupełnie jest utrzymaną. Jeden z kolegów opowiadał mi, że cierpiąc na dur leżał w pokoju, który miał piec o szarych kaflach, na których pomalowane były obrazy żółtą farbą; ile razy chory spojrzał na ten piec, przedstawiały mu się dziwaczne maski, karły, i t. d. Wysilając zmysł, ażeby rozpatrzyć się w tém zjawisku, chory nie tracił go, a spostrzegał natomiast rytmiczny ruch widzianych postaci; dotykając własnego tętna mógł on stwierdzić, że ruch torowy jego złudnego obrazu był jednoczesnym z falą jego tętna. Czując chorobowe pochodzenie tych złudzeń, starał się ten chory badać je. Złudzenia powstawały przeważnie zrana, kiedy piec był silnie oświetlony, w zmierzchu wieczornym chory był od nich wolny.

Złudne wrażenia cierpiących na obłąd pijacki przedstawiają ten zajmujący szczegół, że podmiotowe omamy rzucone na zewnątrz w przestrzeń zlewają się w jedno z wrażeniami zewnętrznemi odczutemi w tym samym czasie drogą zmysłów; wrażenia te nadają chorobliwemu wytworowi, tj. złudzeniu: *a*) pewne wymiary, *b*) barwę i tło, *c*) wreszcie pewne umiejscowienie. Twierdzenie powyższe opiera się na następujących faktach:

a) Dr. Sander przytacza przypadek młodego wykształconego człowieka, cierpiącego na obłąd pijacki, który w złudzeniach swych widywał krajobrazy, ludzkie postacie itd. Jeśli te przywidzenia pokazywały się choremu w znacznéj odległości, rozmiary widzianych postaci i przedmiotów były o wiele mniejsze, aniżeli jeśli omamy przedstawiały się z bliska, p. na ścianach jego izby. (W. Sander: *Zwei Fälle von Delirium potatorum. Archiv f. Psychiatrie* Bd. I. p. 487). W tym przypadku rozmiary złudnych obrazów rzuconych na zewnątrz zależały od stopnia skurczu mięśni służących do stosowania oka, w miarę odległości przedmiotów, a więc i od stopnia wrażeń doszłych do umysłu. Wrażenia te stały się następnie źródłem dalszych rozumowań, opartych na poprzedniem doświadczeniu, a w następstwie których rodziło się później wyobrażenie o rozmiarach złudzonego obrazu, powstałego w wyobraźni. (C. d. n.).

III. Przyczynek do nauki o leczeniu ran.

Podał prof. **J. Mikulicz** w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 3).

TABLICA I.

	Operacyje	Ilość: w klinice	Ilość: po za kliniką	Ilość: Razem	Przebieg: prawidłowy	Przebieg: zaburzony	Wynik: wyleczenie	Wynik: śmierć	UWAGA
Operacyje na kościach i stawach	Amputacyje niekomplikowane (4 amp. uda, 4 podudzia [1]), 3 ramienia, 1 przedramienia)	12	—	12	11	1	12	—	W jednym przypadku znaczniejsza zgorzel płatu i dość rozległe ropienie.
	Wyłuszczenie palców	4	1	5	5	—	5	—	
	Resekcyje większych stawów (1 staw biodrowy, 2 razy kolanowy, 2 razy łokieć, 2 resekcye osteoplastyczne stopy)	6	1	7	6	1	5	—	2 przypadki prawie już wygojone leżą jeszcze w klinice.
	Osteotomije	3	1	4	4	—	4	—	
	Złamania komplikowane (Leczenie konserwatywne) [2])	1	1	2	2	—	1	—	Jeden przypadek leży jeszcze w klinice i ma się zupełnie dobrze.
	Rozległe wyskrobanie stawów dotkniętych zapaleniem gąbczastém	13	1	14	13	1	12	—	2 z czysto granulującą raną w klinice.
	Sekwestrotomije	10	—	10	10	—	10	—	
	Razem	49	5	54	51	3	49	—	5 przypadków na wyleczeniu w klinice.
Wyłuszczenie nowotworów	Wyłuszczenie wola (5 razy całkowite)	7	2[3])	9	9	—	9	—	
	Amputacyje sutka (11 z wyłuszczeniem gruczołów pachowych)	9	5	14	13	1	13	1	Przyp. śmierci z powod. zatr. sublimatem.
	Wyłuszczenie innych większych nowotworów	33	9	42	37	4	41	1	Śmierć w 14 g. po oper. z niedokrewn.
	Razem	49	16	65	59	5	63	2	
Inne operacyje	Cięcie radykalne hydrokeli	2	—	2	2	—	2	—	
	Podwiązanie tętnicy szyjnéj	2	—	2	2	—	2	—	
	Resekcyje nerwów	2	2	4	3	—	3	1	Chory ze zlepioną per primam raną (wycięcie n. mandibularis według Sonnenburga) zmarł 6. dnia z zapalenia płuc (po za kliniką).
	Zeszycie nerwów	3	—	3	3	—	3	—	
	Operacyje plastyczne (na twarzy i odnogach)	16	3	19	19	—	19	—	
	Razem	25	5	30	29	—	29	1	
	Razem	123	26	149	139	8	141	3	5 chorych na wyleczeniu w klinice.

[1]) Chory jeden z powodu zgorzeli starczéj po za kliniką w septycznym stanie amputowany, umarł wskutek wyniszczenia w 8 tygodni z raną prawie zagojoną.

[2]) W przypadku złamania czaszki komplikowanego, gdzie trepanowano po za kliniką wobec ropienia i porażenia połowiczego, nastąpiło wyleczenie zupełne. Dwa przypadki resekcyi (raz w stawie skokowym, raz w ciągłości kości goleniowéj). Z powodu złamania skomplikowanego wykonane już podczas ropienia i gorączki zupełnie wyleczone.

[3]) W szpitalu św. Łazarza.

TABLICA II.

Operacyje	Ilość: w klinice	Ilość: po za kliniką	Ilość: Razem	Przebieg: prawidłowy	Przebieg: zaburzony	Wynik: wyleczenie	Wynik: śmierć	UWAGA
Wycięcie języka	5	—	5	5	—	5	—	Zawsze z jedno- lub obustronném podwiązaniem tętnicy językowéj a względnie z wyłuszczeniem gruczołów.
Resekcyje szczęki górnéj (2 razy cała połowa szczęki 2 razy część)	4	—	4	4	—	4	—	
Resekcyje szczęki dolnej (jednej połowy)	2	—	2	2	—	2	—	
Operacyje polipów nosopołykowych (raz pętlą galwanokaustyczną 2 razy metodą Gussenbauera)	3	—	3	3	—	3	—	
Wyłyżeczkowanie Rhinoskleromatu z jamy nosa	3	—	3	3	—	3	—	
Rak w okolicy migdałka (Pharyngotomia)	—	1	1	1	—	1	—	
Wycięcie kiszki stolcowéj zawsze rozległe, 2 razy z otwarciem jamy otrzewnowéj	4	1	5	4	1	3	—	2 na wyleczeniu w klinice.
Operacyje krwawnic (odpalenie termokauterem)	9	8	17	17	—	17	—	
Rozległe przetoki odbytnicy	5	1	6	6	—	6	—	
Amputacyje prącia (3 razy termokauterem raz nożem w części błoniastéj, raz erasekrem)	4	1	5	5	—	5	—	
Uretrotomia zewnętrzna[1])	1	—	1	1	—	1	—	
Cięcie kamienia (boczne)	1	—	1	1	—	1	—	
Wycięcie całkowite macicy przez pochwę z powodu raka	5	2[2])	7	7	—	7	—	
Wycięcie częściowe macicy przez pochwę	3	2[3])	5	5	—	5	—	
Wyłuszczenie włókniaków macicy przez pochwę	1	2	3	3	—	3	—	
Przetoka pęcherzowo-pochwowa	6	—	6	6	—	6	—	Zawsze zupełne wyleczenie per primam.
Przetoka pochwowo-odbytnicowa	1	—	1	1	—	1	—	Zupełne wyleczenie per primam.
Razem	57	18	75	74	1	73	—	2 przypadki na wyleczeniu w klinice.

Do tablic wyż podanych mam tylko dodać kilka krótkich objaśnień. Operacyje objęte temi tablicami wykonano w czasie od 8go października 1882 do 8go stycznia 1884. Ponieważ w czasie wakacyj letnich klinika prawie przez 3 miesiące była zamkniętą, przeto obejmują one mniéj więcéj okres 12tu miesięcy. Przebieg rany nazwano „prawidłowym“, jeżeli gojenie odbywało się zupełnie bezgnilnie, i, gdzie stosunki mechaniczne na to zezwalały, przez bezpośrednie zlepienie się. Wyraz „zaburzony“ oznacza wszelkiego rodzaju powikłania w gojeniu się ran. Najczęściéj było to zapalne obrzmienie rany połączone z ropieniem. „Wyleczony“ odnosi się tylko do przebiegu rany a nie do głównego cierpienia. Niektórzy chorzy z wyskrobaniem stawów, dotkniętych zapaleniem gąbczastém, i największa część chorych ze sekwestrotomiją opuściła klinikę z raną jeszcze brodawkującą.

Pierwsza tablica obejmuje naprzód 49 operacyj a względnie ran na kościach i stawach, obserwowanych w klinice. Wszystkie wyleczone. 46 razy przebieg był prawidłowym, 3 razy zakłócony przez ropienie, które w 2ch przypadkach poprzedzało lekkie zapalenie ropne tkanki łącznéj a względnie ograniczone zapalenie kości i szpiku kostnego.

W drugiéj rubryce umieszczono 49 operacyj wyłuszczenia nowotworów, pomiędzy temi 7 operacyj wyłuszczenia wola i 9 przypadków amputacyj piersi (7 razy z wyłuszczeniem gruczołów pachowych). Z tych 49 chorych 47 wyleczono a 2 umarło. Raz nastąpiła śmierć w skutek zatrucia sublimatem [4]) raz w skutek niedokrewności powstałéj po wyłuszczeniu rozległego, mocno unaczynionego mięsaka powyżéj obojczyka, która to operacyja była połączona ze znaczną utratą krwi. Chora ta zaraz po operacyi była prawie bez tętna i umarła w 14 godzin wśród wzmagającego się zapadu. Przebieg w 47 wyleczonych przypadkach był prawidłowy 43 razy, 4 razy zaburzony a mianowicie raz przez różę a 3 razy przez zwykłe ropienie.

Wszystkie 25 przypadków 3éj kategoryi wygoiły się bez zaburzenia (jeden przypadek śmierci dotyczy chorego leczonego poza kliniką, który umarł 6go dnia w skutek zapalenia płuc). Na 123 przypadków operowanych w klinice przebieg gojenia się ran był przeto 8 razy zakłócony a 2 razy nastąpiła śmierć, ale nie w skutek zakażenia rany.

Druga tablica obejmuje 57 przypadków klinicznych, w których wykonano po największéj części znaczniejsze operacyje w jamie ustnéj, nosowéj, połykowéj, w kiszce stolcowéj i w narządzie moczopłciowym. Przebieg ran był zawsze prawidłowy wyjąwszy jeden przypadek, w którym powstało znaczniejsze ropienie z gorączką; operowani opuścili wszyscy klinikę jako wyleczeni wyjąwszy 2ch, którzy jeszcze obecnie znajdują się w klinice, ale już mogą uchodzić za wyleczonych.

Zestawiwszy obie tablice razem, mamy 180 operacyj z wyleczeniem w 178 przypadkach (jeżeli się zalicza tu przypadki znajdujące się obecnie jeszcze w klinice, gdzie dalszy przebieg już nie może ulegać wątpliwości).

Słusznie możnaby mi zarzucić, że te 2 tablice dotyczą tylko operacyj wybranych a tém samém nie dozwalają na pewne ocenić stosunków ogólnych gojenia się ran w klinice. Dlatego jeszcze dodam kilka uwag: Z właściwych chorób przyrannych wystąpiły wśród tego czasu następujące: tylko 1 przypadek róży przyrannéj (już wyżéj wspomniany i w pierwszéj tablicy umieszczony). Było to wyłuszczenie raka licowego u kobiety 60-letniéj. Róża wystąpiła 3go dnia i znikła po 4ch dniach. Muszę tu jednak nadmienić, że w tym przypadku nie oczyszczono należycie pola operacyjnego w okolicy oka przed operacyją 5% kwasem karbolowym;

[1]) Jeden przypadek rozległéj infiltracyi moczowéj i ogólnéj sepsis operowany poza kliniką zakończył się w 8 dni śmiercią.
[2]) Jeden przypadek w szpitalu św. Łazarza, drugi w klinice prof. Madurowicza.
[3]) Jeden przypadek w szpitalu św. Łazarza.
[4]) Przypadek ten późniéj będzie dokładniéj opisany.

punktem wyjścia róży był prawdopodobnie brud nagromadzony w okolicy rany. (Drugi przypadek róży, który się zdarzył w klinice, nie był w związku z żadną raną. Róża wystąpiła tu u chorego, u którego wykonano zeszycie nerwów na przedramieniu, na kolanie po lekkiém zdarciu przyskórka bez szkodliwego wpływu na ranę).

2. Sepsis ogólna 4 razy sprowadziła śmierć jako septyczne zapalenie otrzewny; raz po herniotomii, gdzie punktem wyjścia była kiszka uwięźnięta (3 inne hernijotomije wyleczone), raz po wycięciu kawałka kiszki grubéj z powodu raka (zgorzel brzegów jelita i perforacyja, przypadek opisany w Przegl. Lek.), raz po kolotomii wykonanéj z powodu raka odbytnicy (po 14to-dniowym prawidłowym przebiegu rak na granicy pomiędzy prostnicą a *S romanum* przebił się do jamy otrzewnowéj i wywołał ostre zapalenie otrzewny, które po 3ch dniach zakończyło się śmiercią); wreszcie raz po laparotomii wykonanéj z powodu niedrożności jelit w przypadku, w którym już istniało septyczne zapalenie otrzewny. We wszystkich tych 4ch przypadkach zakażenie otrzewny z pewnością nie nastąpiło od zewnątrz.

Ropnicy i tężca wśród tego czasu w klinice wcale nie obserwowano.

Z przytoczonych dat wynika więc, że z chorych operowanych podczas pierwszych 12tu miesięcy w klinice żaden nie umarł w skutek zakażenia rany od zewnątrz (*Contact-infection*). Na 180 przypadków objętych obiema tablicami gojenie się ran 169 razy (95%) było aseptyczne, 9 razy (5%) było zaburzone, ale zakończyło się wyleczeniem; 2ch chorych umarło, ale nie w skutek zakażenia rany.

Przyznaję wprawdzie, że nie można zestawiać materyjału mojéj kliniki co do miejsca ograniczonéj z materyjałem innych klinik większych. Ze względu jednak na niekorzystne warunki higijeniczne nabywa on znaczenia. Wyniki te można uważać za bardzo pomyślne, i choć przytoczone cyfry są bardzo nie wielkie, to przecież zdaniem mojém dowodzą one, jak tego żądają zwolennicy rozpylacza, że mgła karbolowa jest zbyteczną nawet wśród niepomyślnych warunków higijenicznych, a raczéj, że można ją zastąpić zwykłą irygacyją rany. (C. d. n.)

IV. O leczeniu oderwania siatkówki i jego wynikach w klinice okulistycznéj Uniw. Jagiell.

Skreślił prof. Dr. Rydel.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2).

Jak z tego pobieżnego przeglądu widać rzadkim był w ostatnich kilkunastu latach rok, któryby się jakimś nowym pomysłem w leczeniu oderwania siatkówki nie zaznaczył. Już ta ich mnogość naprowadza mimowoli na wniosek, że żaden z podawanych środków nie odpowiedział oczekiwaniom, chociaż one już ze względu na przyrodę cierpienia muszą być skromne. Jakkolwiek nie ma pomiędzy niemi ani jednego, o którym ojcowskie przywiązanie autora nie byłoby umiało powiedzieć czegoś mniéj lub więcéj pochlebnego, to przecież zaledwie część ich zjednała sobie wzięcie i to częstokroć tylko ograniczone i przemijające. A jeżeli sporo z nich nie znalazło nawet naśladowców, to przyczyną tego nie była tylko sama mnogość, wprawiająca w istny kłopot, lecz głównie zuchwałość pomysłów, nie licząca się częstokroć z prawami przyrody.

Cały ten zastęp środków podzielić można na dwie gromady. Do pierwszéj należą wszystkie te, które za pomocą operacyi, do drugiéj te, które bez niej do zamierzonego celu zdążają. Z pomiędzy pierwszych trzy cieszyły się krótszém lub dłuższém uznaniem i znalazły mniéj lub więcéj licznych zwolenników, a mianowicie:

a) Przekłówanie siatkówki według Graefego, o którego losach już wyżéj była mowa.

b) Zawłoka Weckera znalazła dość licznych naśladowców mimo z góry przewidywanego niebezpieczeństwa groźnego zapalenia ciałka rzęskowego i naczyniówki w oku operowaném, a nawet obawy współczulnego cierpienia drugiego oka. Wcale nieświetne, a zwłaszcza nietrwałe jéj wyniki (Cohn 1879), a bardziéj zapewne jeszcze przypadki ropnego zapalenia naczyniówki, które Just (1877) i Higgens (1879) ogłosili, zniewoliły samego autora do odstąpienia od téj operacyi, obecnie od lat już kilku zupełnie porzuconéj.

c) Proste przekłówanie twardówki z wypuszczeniem cieczy podsiatkówkowéj, zalecone pierwotnie przez Sichla, a wznowione z małą odmianą napowrót przez Alfreda Graefego (1877), jest obecnie niemal jedynie stosowanym, w każdym zaś razie najbardziéj rozpowszechnionym zabiegiem operacyjnym. Wzięcie swoje zawdzięcza ta operacyja nie tyle przypadkom zupełnego i trwałego wyleczenia, bądź co bądź rzadkim, ile raczéj téj okoliczności, że w sposób prosty a od niebezpieczeństwa wolny sprowadza dość często pewien stopień polepszenia i powstrzymuje, niekiedy trwale, dalszy upadek wzroku. Inne sposoby operowania nie osiągają więcéj, a połączone są w każdym razie z większém dla oka niebezpieczeństwem.

Chwilowe przylgnięcie siatkówki podczas operacyi i jakiś czas po niéj następuje po każdym sposobie operowania zapewne dość często, a jeżeli mimo to wyleczenie trwałe wydarza się w ogólności stosunkowo rzadko, przypisać to potrzeba téj okoliczności, że żaden ze znanych dotąd sposobów operacyjnych nie odpowiada wszystkim wskazaniom. Ażeby bowiem nastąpić mogło trwałe zrośnięcie się siatkówki z naczyniówką, nie dość jest, żeby operacyja sprowadziła zetknięcie się obu tych błon, lecz potrzeba nadto, żeby ich nowy wysięk cieczy nie oddalił napowrót od siebie. Do nowego zaś wypocenia i zebrania się cieczy pomiędzy siatkówką i naczyniówką usposabiają już przyczyny pierwotnego oderwania, to jest zmiany chorobowe w głębszych częściach oka, a przyznać trzeba, że już samo zadrażnienie przez operacyję, a nierównie bardziéj jeszcze i głównie obniżenie ucisku śródocznego, połączone z odpływem cieczy podsiatkówkowéj, przyczynia się do tego w wysokim stopniu. Ani ucisk wywierany na oko już podczas operacyi, ani natychmiastowe założenie opaski uciskowéj po jéj wykonaniu nie zdołają zapobiedz temu w sposób dostateczny. Przypuściwszy więc utrzymaną jeszcze skłonność do zrośnięcia się obu od siebie oddzielonych błon, liczyćby można z większém podobieństwem do prawdy na pomyślny wynik tylko po takiéj operacyi, któraby z jednéj strony umożliwiła ich zetknięcie się z sobą, z drugiéj zaś strony zapobiegała ponownemu wysiękowi cieczy, a przynajmniéj nie ułatwiała jego powstania przez obniżenie ucisku śródocznego. Obu tym wskazaniom operacyja musiałaby nadto odpowiedzieć w sposób nienarażający oka na niebezpieczeństwo zbyt ciężkiego, czy to mechanicznego czy chemicznego urazu.

Przekłócie siatkówki według Graefego czyni zadość obu powyższym wskazaniom i odpowiadałoby warunkom zadania, gdyby nie zranienie ciałka szklanego, sprowadzające często-

kroć groźne następstwa, o których wyżéj była już mowa, tudzież niebezpieczeństwo oderwania siatkówki w większéj jeszcze rozległości przez igiełkę lub nożyk, którym ją przeciąć zamierzamy.

Wiele z pomiędzy wymienionych pomysłów operacyjnych kusi się widocznie o spełnienie obu w mowie będących wskazań, ale żaden z nich nie odpowiada wszystkim warunkom dobréj operacyi, a niektóre z nich mimowoli prawie przypominają słowa bajki Krasickiego:

„Więc do pałki, jął machać, nie myślawszy wiele,
Zamiast wilka, co uciekł, zabił swoje ciele“.

Środki niechirurgiczne, stanowiące drugą gromadę, są o wiele mniéj liczne. Do leków przeciwzapalnych, odciągających i t. d., zdawna używanych, przybyło tutaj w nowszych czasach tylko leczenie za pomocą opaski uciskowéj w połączeniu z leżeniem wznak, tudzież wstrzykiwania podskórne pilokarpinu.

Podczas gdy pomysły operacyjne, mnożąc się nad miarę spychały się, że tak powiem, nawzajem z widowni, to mniéj liczne środki niechirurgiczne zdołały zjednać sobie trwalsze wzięcie, którém się dotąd jeszcze cieszą.

Ze środków, o których mowa, nawet dawne leczenie za pomocą leków przeciwzapalnych, jak miejscowe upuszczenia krwi, przetwory jodu i rtęci, mianowicie wcierania szaruchy, stosujemy jeszcze i obecnie z korzyścią tam, gdzie przyczyną oderwania są wybitne sprawy zapalne, osobliwie w naczyniówce.

Opaska uciskowa i spokojne leżenie wznak mogą w przeciągu kilku tygodni, a nawet już po 8 do 14 dniach, sprowadzić przyrośnięcie oderwanéj siatkówki, jak to niewątpliwe spostrzeżenia stwierdzają. Przypadki tego rodzaju nie są wprawdzie zbyt liczne, dowodzą one jednak w każdym razie, że ucisk, podobnie jak w innych okolicach ustroju może też i w oku wywrzeć wpływ zbawienny na wessanie wysięków chorobowych. To też nie brak i teraz jeszcze okulistów, którzy ten sposób leczenia zalecają, dając mu pierwszeństwo przed innemi, a mianowicie przed leczeniem chirurgiczném. Główne jednak zastosowanie znajduje opaska uciskowa w połączeniu z leżeniem wznak po wykonaniu operacyi, jako nieodzowna część leczenia chirurgicznego, które uzupełniają i skutecznie wspierają, tudzież podczas leczenia za pomocą wstrzykiwań pilokarpinu.

Liczne doświadczenia przedsiębrane w różnych chorobach oka, zwłaszcza głębszych jego części, osobliwie zaś w zapaleniach jagodówki przekonały, że wstrzykiwania podskórne pilokarpinu należą do najdzielniejszych środków podniecających chłonienie, jakiemi w ogólności rozporządzamy. Nieocenionym, a w działaniu swojém prawie niedoścignionym okazał się mianowicie pilokarpin w leczeniu wysięków surowiczych i krwotoków śródocznych, zwłaszcza do ciałka szklanego, tudzież jego zaćmień różnego rodzaju. Zbawienne skutki osiągnięte w tych cierpieniach usprawiedliwiały oczekiwanie, że pilokarpin okazać się może środkiem przydatnym także w leczeniu oderwania siatkówki, ile że pozbawiając ustrój w krótkim czasie bardzo znacznéj ilości wody przez wzniecenie silnych potów i obfitego ślinienia zdoła sprowadzić wessanie cieczy podsiatkówkowéj, a skutkiem tego przyrośnięcie oderwanéj siatkówki. Oczekiwania te nie zawiodły, a jakkolwiek stosunkowo niedawno, bo dopiero w ostatnich trzech lub czterech latach rozpowszechniło się bardziéj używanie pilokarpinu w leczeniu téj choroby oka, to przegląd odnośnego piśmiennictwa wykazuje przecież wcale pokaźny poczet przypadków, w których już to znaczne, a częstokroć trwałe polepszenie (Fuchs, Landesberg, Lewkowicz, Higgens, Keown), już téż zupełne wyzdrowienie osiągnięto (Ramorino, Landesberg, Cywiński, Schröder po jednym, Dianoux cztery, Martini 5 przypadków).

Jednym z najgorętszych zwolenników pilokarpinu w leczeniu oderwania siatkówki jest prof. Dianoux z Nantes. Na posiedzeniu sekcyi okulistycznéj międzynarodowego zjazdu lekarskiego w Londynie w roku 1881 mówił on o swoich w téj mierze doświadczeniach, a przytoczona przez niego statystyka wykazuje na 16 przypadków, leczonych tylko wstrzykiwaniem azotanu pilokarpinu,

zupełne wyleczenie	4	razy
prawie „ „	3	„
polepszenie	8	„
bez skutku przypadek	1	

Ten sam autor stosując dawniej inne środki wyleczył tylko 1 z 30 przypadków.

Opierając się na tych niezwykle pomyślnych wynikach Dianoux zaleca gorąco pilokarpin. Nie uważając go bynajmniéj za lek swoisty przeciw oderwaniu siatkówki daje mu przecież stanowczo pierwszeństwo przed leczeniem chirurgicznêm, które tylko w przypadkach ciężkich i uporczywych stosować radzi, tudzież przed leżeniem wznak, które za mękę uważa. Wstrzykuje on pilokarpin (rozczyn *pilocarpini nitrici* 0·20 na 4·0, z tego 5, 10, do 15 kropli, stosownie do ustroju chorego) na czczo, na 1—2 godzin przed śniadaniem codziennie przez 10 do 15 dni, poczém następuje przerwa 10 do 15 dni, po któréj znów przez 10 do 15 dni wstrzykiwania itd. aż do zupełnego wyleczenia, lub osiągnięcia trwałego polepszenia. Całe leczenie trwać winno przynajmniéj trzy miesiące, a być powtórzone za pojawieniem się najmniejszego pogorszenia.

Martini z Rzymu zabrawszy glos w rozprawie podał, że z 12 przypadków leczonych pilokarpinem wyleczył 5, w 2 osiągnął polepszenie trwałe, w 2 polepszenie trwające tylko trzy miesiące, w 3 nie było żadnego skutku. Georges Martin z Bordeaux oświadczył, iż nie miał tak pomyślnych wyników w 8 przypadkach leczonych pilokarpinem.

Mac Keown, który jak się wyraża, przyjął z niedowierzaniem świetne wyniki ogloszone przez Dianoux, przyznaje (1882), że potwierdzić je może z własnego doświadczenia. Moje własne doświadczenia przemawiają również za skutecznością tego środka w leczeniu oderwania siatkówki, jak się to w dalszym ciągu okaże. (C. d. n.).

V. Oceny i sprawozdania.

Prof. E. Bergmann: **O operacyjach na gardzielu.** Podług wykładu w Tow. lek. berlińskiém.

(Dokończenie. Patrz Nr. 3).

W leczeniu pooperacyjném rany wielkie znaczenie przyznać należy tamponom gazowym pomysłu Billrotha, które napawa się proszkiem jodoformowym lub 10% rozczynem salicylanu sodowego. Najczęściéj potrzebne są trzy tampony; jeden zostaje na dnie jamy ust, dwa inne zakłada się do dolnego kąta rany. Pierwszy zmienia się codziennie, dwa inne co dni kilka. W przypadkach, gdzie przepiłowanie szczęki dolnéj okazało się koniecznêm, to spojenie powierzchni przepiłowanych uskutecznia się szwem drutowym a okostnę spaja się katgutem. Przedmiotem operacyi metodami

przytoczonemi (w tėj okolicy) najczęściéj bywają nowotwory natury dobrotliwéj, rzadziéj raki, których ekstyrpacyja z powodu zwyrodnienia gruczołów w wśródpiersiu należy do najniebezpieczniejszych.

Celem wydobycia ugrzężniętych ciał obcych w połyku używaną bywa esofagotomija. Operacyja ta dla innych celów wykonywana dawała najczęściéj niepomyślne wyniki. Z 19 przypadków Koeniga odnosiła się do 11 raków i to tylko dla założenia przetoki poniżéj nowotworu w celach odżywczych, wszystkie skończyły się w krótkim czasie śmiercią. Pięć razy wykonano ją z powodu zwężeń bliznowatych połyku w większéj ilości z niepomyślnym wynikiem. Dopiero Gussenbauer i autor przytaczają przypadki tego rodzaju, szczęśliwie operowane. Zwężenia w niższych częściach połyku usuwano operacyjami krwawemi, gdy przez przełyk dał się jeszcze przeprowadzić jakikolwiek zgłębnik. W takich przypadkach uciekano się do esofagotomii wewnętrznéj, używając narzędzi z konstrukcyją podobną do uretrotomów. Francuscy chirurgowie, jak Maisonneuve, Dolbeau, Tillaux itd., przytaczają wiele pomyślnych przypadków, autor jednakowoż zaleca operacyję tę tam tylko, gdzie z powodu głębokiego usadowienia się zwężenia, jak np. w części wchodowéj do żołądka, przez zewnętrzne cięcie dosięgnąć go nie można, a zwężenie do małéj ogranicza się przestrzeni. Wtedy lekkie nacięcia w kilku kierunkach ostrzem esofagotomu pożądany przynosi skutek, nie grożąc uszkodzeniem ważnych organów w sąsiedztwie przełyku się znajdujących, jak serca, tętnic itd.

W przeciwnym więc razie esofagotomija wewnętrzna jest bardzo groźną z powodu bliskości ważnych organów, a w takim razie gastrotomija jedynie może ją zastąpić. Ograniczone w ten sposób wskazania do esofagotomii wewnętrznéj ścieśnia jeszcze nadto ta ważna okoliczność, że wiele zwężeń połyku daje się na drodze bezkrwawéj rozszerzać. Te zaś zwężenia, które koniecznie wymagają zabiegu chirurgicznego, zwykle są i dla zgłębnika nieprzystępne, a tém samém i do esofagotomii wewnętrznéj nieodpowiednie. Część tego rodzaju zwężeń wymaga doraźnego działania, albowiem nie przepuszczając żadnych potraw do żołądka grozi śmiercią głodową. Są to najczęściéj zwężenia rakowate, z powodu których w ostatnich czasach gastrotomiję się wykonywa. Innego rodzaju zwężenia często dla zgłębnika nieprzystępne dla płynnych potraw jeszcze dłuższy czas bywają drożne; a kiedy i dla tych niedrożnemi się stają, ratunek spiesznym być musi. W tym razie dwie drogi mamy do celu prowadzące: Jedna polega na rozszerzeniu zwężenia z żołądka po wykonaniu poprzednio gastrotomii, sposób, który jest urzeczywistnieniem myśli autora. Dziś gastrotomija nie należy do zbyt niebezpiecznych operacyj, bo urazowego zapalenia otrzewny, tak często dawniéj wikłającego ten zabieg, w skutek zetknięcia się treści żołądka z otrzewną, unika się dziś, zszywając przed otwarciem żołądka ściany jego z częścią ścienną otrzewny. Następowe zapalenie otrzewny ogranicza się miejscowo a treść po otwarciu żołądka nie ma przystępu do otrzewny. Autor sam opisuje przypadek, gdzie w ten sposób udało mu się utworzyć obszerną przetokę żołądkową, przez którą następnie wprowadzał palce i do żołądka, aby wyczuć zgłębnik wprowadzony przez usta do połyku, w którego dolnéj części było znaczne zbliznowacenie. Po kilkakrotnych próbach wyczuł z żołądka guzik zgłębnika, warstwą części miękkich pokryty. Celem przeprowadzenia zgłębnika przez zwężoną część połyku aż do żołądka, użył autor szczypczyków podobnych do szczypców trzewowych Dupuytrena, któremi zacisnął przez części miękkie ujętą gałkę sondy, aby sprowadzić przez ucisk zgorzel tych części, gdyż znaczne zwężenie w inny sposób zgłębnikiem przebyć się nie dało, a bliskość ważnych organów użycia noża wzbraniała. Po wielu mozolnych zakładaniach i zsuwaniach się szczypczyków przebił nareszcie zgłębnik ową warstwę, i ukazał się w żołądku, nie sprowadzając żadnego następowego krwawienia. Odtąd rozszerzanie zwężenia szło szybkim krokiem tak, że po kilku tygodniach udało się wprowadzić zgłębnik Cheliusa o średnicy 25 mm., poczém autor mógł przystąpić do zaszycia przetoki żołądkowéj. Drugą wspomnianą drogę, do usunięcia zwężeń stósowną, obrał Gussenbauer w przypadku, gdzie u dziecka dwuletniego powstało zbliznowacenie w części żołądkowéj połyku po połknięciu 50% kw. karbolowego. Wykonał on esofagotomiję zewnętrzną, następnie wydobył przez ranę połyk i użył zgłębnika, który mu się aż do żołądka udało przeprowadzić. Na sondzie rowkowanéj, wprowadzonéj tuż obok wspomnianego zgłębnika, przeciął hernijotomem bliznę w kilku miejscach obwodowo, poczém wprowadził Nr. 42 kateteru. Rozszerzenie następowe postępowało szybko i pomyślnie. Sposób ten jest wprawdzie bardzo krótki i prosty, ale da się tylko u dzieci z korzyścią zastósować z powodu krótkości połyku u dorosłego, jednakże nie doprowadziłby do skutku. Zdaniem autora może jedynie jego metoda zbawiennie i skutecznie usuwać zwężenia w najniższ ch częściach połyku, jeśli takowe są niedrożnemi nawet dla najcieńszych zgłębników, a łatwo się udaje, jeżeli cierpliwość operowanego i wytrwałość operatora przyjdą jéj w pomoc. *(Deutsche med. Wochenschrift* 1883, Nr. 42, 43). *Dr. Fiałkowski.*

Doc. Bürkner: **Przyczynki do sposobów leczenia ropotoków usznych.**

Pomiędzy wielu środkami stosowanemi w ropotokach usznych cieszą się kwas borowy i rozczyn azotanu srebrowego największą wziętością. Obydwa te sposoby leczenia mają niezaprzeczenie znakomite zalety i dają bardzo dobre rezultaty w odpowiednich przypadkach. Twierdzić wcale jednak nie można, aby we wszystkich przypadkach skutek bywał niezawodny czasem; należy się uciec do garbnika rozpuszczonego w glicerynie, innym razem pomagają przetwory jodowe i wyskok. Mniej nadaje się zdaniem B. jodoform do leczenia ropotoków usznych, kwas borowy jest odpowiedniejszym, gdyż nigdy nie sprowadza objawów zadrażnienia, jak to czasem bywa śród użycia jodoformu.

Na podstawie własnych doświadczeń poleca B. dwa nowe środki, które stosował w ropotokach usznych: precypitat czerwony i sublimat. Pierwszy z nich okazał się skutecznym tylko w ograniczonéj liczbie przypadków a to z powodu nierozpuszczalności, najlepiéj działał on w przypadkach ze skąpém wydzielaniem ropy obok znacznych przedziurawień błony bębenkowéj; tworzy on z wydzieliną zbite kłęby, działa najlepiéj w przypadkach wybujałości na błonie bębenkowéj a użyty w postaci maści (1:15 *Ung. parafin.)* okazał się nader skutecznym w kilku przypadkach owrzodzeń i ropni przewodu ucha zewnętrznego.

Sublimatu używał B. do przestrzykiwań i do wkraplań, w pierwszym razie rozczynu 0·1%, w drugim rozczynów 0.05—0.1:50 wyskoku lub wody i spostrzegł już po działaniu rozczynu letniego przez 1 do 2 minut skutki wcale dobre. Naturalnie, że należy unikać w tych przypadkach spływania rozczynu przez trąbkę Eustachijusza do gardła

a to ze względu na trujące własności sublimatu, nigdy jednak nie spostrzegał znaczniejszego bolu, czasem tylko przeszkadzało badaniu powierzchowne wybielanie się błony śluzowéj ucha tak, że należało chwilowo usuwać wkraplania. Nawet w zastarzałych przypadkach, w których ani kwas borowy ani rozczyn azotanu srebra nie pomagał, okazał się sublimat skutecznym. Niezależnie od autora doświadczał również Wagenhauser sublimatu w *otitis media purulenta* i osiągnął rezultaty zadowalające. *(Berl. klin. Woch. 1884,* Nr. 1).

Dr. Schaitter.

VI. Zjazd IV lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu.

W minionym roku mimo kilku odezw, jakie Wydział gospodarczy wysłał do czasopism tak naukowych jako i politycznych wszystkich dzielnic polskich, a nawet do bardzo wielu osób, nie zbyt liczne nadchodziły zapowiedzi udziału w Zjeździe. Za to w bieżącym roku, po poprzedniem wysłaniu imiennego zaproszenia do wielu uczonych lekarzy i badaczów przyrody, w Galicyi, Królestwie i Księstwie, jako téż za granicą żyjących, téj doznał Wydział przyjemności, że w krótkim czasie, nie tylko zapowiedzi wykładów, ale wszechstronnie prawie odbiera zapewnienie szczeréj sympatyi dla Zjazdu wraz ze życzeniem wypływającém z dobrego zrozumienia rzeczy, by Zjazd jak najświetniéj się udał. To też żywimy nadzieję, że to zajęcie się Zjazdem nie tylko nie ustanie, lecz przeciwnie, coraz szersze obejmie koła, tak, że świetne powodzenie Zjazdowi zapewnionem będzie.

Mamy też to przekonanie, że każdy lekarz i przyrodnik polski nawet bez odebrania osobistego zaproszenia, a łatwo nie ze złéj woli, ale dla nieznajomości dostatecznego adresu, nie jednego uczonego Wydział gospodarczy pominąć może, wcześnie, gdy tylko stosunki na to zezwolą, o zamiarze wzięcia udziału w Zjeździe nam doniesie.

Czas Zjazdu mającego się odbyć od 2 — 5 Czerwca b. r. może nie dla wszystkich dzielnic Polski równie jest dogodnym. Wydział atoli przekonał się, że dla różnorodnych stosunków w poszczególnych ziemiach Polski niepodobna oznaczyć terminu dla wszystkich zarówno dogodnego, ale raczéj do większości stósować się wypada, a zapatrywanie to podzielają nawet ci, którzy najwięcéj innego terminu sobie życzyli, o czém ponownie nas zapewniają.

Ilość dotychczas zapowiedzianych wykładów wynosi 31.

Oto nazwiska prelegentów i tytuły wykładów:

1. Dr. Wł. A. Gluziński: Poszukiwania nad trawieniem żołądkowém białka w różnych stanach chorobowych w celu rozpoznawczym i leczniczym.
2. Tenże: O sprawach septycznych ze stanowiska medycyny wewnętrznéj.
3. Tenże: Przyczynek do rozpoznawania chorób żołądka.
4. Dr. W. Jaworski: Doświadczenia nad zachowaniem się składników wody karlsbadskiéj w żołądku ludzkim w stanie fizyjologicznym i patologicznym, z uwzględnieniem wpływu leczniczego tejże w chorobach przewodu pokarmowego.
5. Prof. Browicz: O zapaleniu chroniczném ze stanowiska *porencephalia.*
6. Tenże: *Porencephalia.*
7. Dr. Krówczyński: O leczeniu śluzotoku przewlekłego cewki moczowéj.
8. Tenże: O wpływie odziedziczania na życie indywidualne i narodowe.
9. Prof. Dr. Korczyński: Wpływ mechanicznego drażnienia nerwu błędnego na ruchy oddechowe.
10. Tenże: Znaczenie kliniczne obliczeń ilości ciałek krwi.
11. Tenże: O niedokrewności złośliwéj.
12. Tenże: Przyczynek do statystyki zapalenia płuc.
13. Tenże: Wpływ błednicy ustrojowéj na przebieg duru brzusznego.
14. Dr. Alfred Wolfram: O prątkach gruźliczych.
15. Tenże: Wyniki doświadczeń przedsiębranych z kilkoma nowemi lekami.
16. Dr. Kempiński: (Sosnowice). O stanie zdrowia ludu kujawskiego i kaliskiego — szkice medyczno-etnograficzne.
17. P. Sulimierski Filip. (Warszawa): O brakach w naszém krajoznawstwie i o projekcie założenia w Warszawie towarzystwa krajoznawczego.
18. Prof. Boberski, Tarnopol: *Phytophthora infestans* de By, mające na celu usunięcie zarazy kartoflowéj.
19. P. Čeněk Zahálka, prof. na real. gymn. v Roudnici w Cěchách — O geologickych poměrech pyropovych náplavů v Ceském Středohoří.
20. Dr. Gepner. Warszawa: O skuteczności przecięcia mięśni prostych zewnętrznych przy postępującéj krótkowzroczności osób pochodzących z rodziców krótkowzrocznych.
21. P. Syroczyński. Lwów, inżyn. wydz. krajowego: O przyczynieniu się naukowych badań do postępu górnictwa olejów ziemnych w Galicyi.
22. Dr. Szuman z Torunia: Osteotomija w obec sposobu przeciwgnilnego opatrywania ran.
23. Prof. Dr. Godlewski. Dublany: O teoryi ruchu wody u roślin.
24. Tenże: O stosunkach nasiąkliwości tkanek drzewnych.
25. Dr. Rydygier z Chełmna: Odczyt pracy eksperymentalnéj z demonstracyami (tytuł późniéj będzie podany).

Daléj zapowiedzieli wykłady bez podania tematu:

26. Prof. Mikulicz.
27. Prof. Chałubiński.
28. Prof. Rehman.
29. Prof. Szokalski.
30. Dr. A. Sokołowski.
31. Dr. Fr. Chłapowski.

Z gotowością podjęcia się referatu do zadań mających się ogólnie rozbierać w sekcyach Zjazdu zgłosilo się łaskawie dwóch panów, a mianowicie:

1. Dr. Szuman z Torunia do zadania: Jak można sposoby opatrywania ran przeciwgnilnie najlepiéj zastósować do zwykłéj praktyki lekarskiéj i do leczenia ubogich chorych?
2. Dr. Rydygier z Chełmna do zadania: Jakie są najnowsze sposoby opatrywania ran pooperacyjnych?

Ostatni przyobiecał nadto odpowiednimi okazami objaśnić swój referat.

Wydział gospodarczy z wdzięcznością zapisywać będzie dalsze zgłoszenia się z podjęciem referatów do ogloszonych już zadań, jako też wszelkie nowe referaty, a niemniéj chętnie przyjmie wszelkie życzliwe wskazówki dotyczące przyszłego Zjazdu.

W końcu z przyjemnością zaznaczyć nam wypada, że Dr. Kopernicki udzielając wydziałowi w obszernym liście zapatrywań swych co do otworzenia sekcyi antropo - archeologicznéj następujące poleca zadania dla téj sekcyi do ogólnego rozbioru.

A. Z antropologii: 1. O donioslości naukowéj spostrzeżeń antropometrycznych na osobach dorosłych żywych wszelkich narodowości na ziemiach dawnéj Polski istniejących.

2. W jaki sposób dałyby się systematycznie zbierać w pojedyńczych miejscowościach spostrzeżenia antropometryczne na osobach dorosłych (25 — 50 letnich) obojéj płci ludności wiejskiéj oraz żydowskiéj?

3. W jaki sposób możnaby spostrzeżenia podobne czynić na więźniach obojéj płci po domach karnych oraz na młodych ludziach stawiających się do wojska przy urzędach konskrypcyjnych? i

4. Czy i w jaki sposób możnaby zużytkować księgi konskrypcyjne dla zebrania dawnych liczbowych o rocznym przybytku wzrostu u mężczyzn, w latach obowiązujących do stawienia się dla konskrypcyi?

5. Czy w krajach zostających pod panowaniem pruskiém i rosyjskiém po urzędach gminnych miejskich i wiejskich są o tyle dostępnemi księgi metryczne zgonów, aby z nich można było czynić wyciągi potrzebne dla badań statystyczno-antropologicznych o trwaniu życia? i w jaki sposób możność tego wyzyskać należy?

Z Archeologii przedhistorycznéj: 1. Jakie istnieją podobieństwa lub różnice między zabytkami przedhistorycznemi (grodziskami, osadami, mogiłami, cmentarzykami, ciałopalnemi i niecialopalnemi) dawnych ziem Wielkiéj i Małéj Polski w porównaniu z tegoż rodzaju zabytkami w sąsiednich krajach zachodniéj Słowiańszczyzny, t. j. szląskiemi, czeskiemi i łużyckiemi?

2. Co jest cechującego w wyrobach kamiennych i krze-

miennych oraz z kości i rogu jeleniego, poznanych dotąd na ziemiach dawnéj Wielko i Małopolski i jaki jest ich stosunek archeologiczny do zabytków wyżéj wymienionych?

3. Co jest cechującego w wyrobach metalowych znajdowanych tamże i jaki jest ich archeologiczny stosunek do wyrobów i zabytków wyżéj wymienionych?

4. Czém się cechuje ceramika przedhistoryczna tychże ziem Polskich, w porównaniu z ceramiką wyżéj wymienioną krajów sąsiednich?

Panowie zajmujący się antropologią lub archeologią, którzyby chcieli podjąć się na Zjeździe referatu do któregokolwick z powyższych zadań, raczą donieść o tém niżéj podpisanemu przewodniczącemu lub téż sekretarzowi (p. Dr. Osowickiemu) wydziału gospodarczego ile możności w jak najkrótszym czasie [1]).

Dr. B. Wicherkiewicz.

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

XVI Posiedzenie zwyczajne Tow. lek. krak. z d. 5go grudnia 1883.

Przewodniczący kol. Obaliński. Członków obecnych 30.

1) Kol. Korczyński okazał pod drobnowidem i objaśnił grzybki kefirowe, które pośredniczą jako zaczyn w wytwarzaniu kumysu, zwanego kumysem kefirowym. Grzybki te bliżéj opisane przez Kerna w r. 1881 składają się z komórek drożdżowych i z prątków, które okazują rychłą skłonność do rozpadania się w zarodniki (*dispora caucasica*). Prątki daleko rychléj się rozmnażają aniżeli komórki drożdżowe i łatwiéj od tych ostatnich się zabarwiają. Kumys ten, o którym wiadomość podali najpierw lekarze rosyjscy (Czogin, Szablowski, Dymitriew, Sorokin, Kern, Sodoweń), głównie publikacyjami Dra Wyszyńskiego w Warszawie rozpowszechnia się po ziemiach polskich. W Krakowie wyrabia go aptekarz Sobierajski i to według sposobu podanego przez Dra Wyszyńskiego (*Gazeta Lekarska*, Nr. 32, 1883). Skład chemiczny kumysu kefirowego zmienia się w miarę, o ile dłużéj bywa przechowywany. według rozbiorów chemicznych Nenckiego i Rakowskiego zwiększa się z dniem każdym ilość wyskoku i bezwodnika węglowego jak niemniéj kwasu mlekowego, ilość zaś cukru maleje. Prelegent nie przypisuje tak kumysowi kefirowemu jak i kumysowi bądź kobylemu bądź krowiemu wytworzonemu za pomocą zwykłych drożdży szczególnego znaczenia leczniczego, jednakowoż nie może tym przetworom odmówić znaczenia dyjetetycznego w wielu chorobach połączonych z niszczeniem tkanin.

2) Kol. Obaliński przedstawił nowotwór wola włóknistego (*struma fibrosa*) operowanego na oddziale chirurgicznym szpitala św. Łazarza i poczynił nad tym przypadkiem jakotéż nad techniką operacyjną niektóre uwagi.

Kol. Pieniążek prosi prelegenta, aby mu objaśnił, jakie według własnego doświadczenia uważa wskazania do punkcyi i następowéj injekcyi, a jakie do operacyi a względnie ekstyrpacyi w obec *struma cystica*. — Kol. Obaliński niechętnie używa nakłucia wola torbielowego z następném wstrzykiwaniem płynów drażniących, obawiając się następowego odczynu, który z powodu sąsiedztwa tchawicy stać się może niebezpiecznym. Zazwyczaj otwiera antyseptycznie torbiel i drenuje go po zeszyciu jego ściany ze skórą i może się poszczycić bardzo dobremi wynikami w kilku przypadkach. Najradykalniéj byłoby torbiel cały wydobyć, co téż raz z dobrym skutkiem wykonał. — Kol. A. Rosner nadmienia, iż czytał, że w przypadkach wyłuszczenia nowotworu rozwijały się zboczenia umysłowe w okresie wyzdrowienia, zapytuje zatém prelegenta, jakie ma w tym kierunku doświadczenia. — Kol. Obaliński zaznacza, iż operował już kilka wolów, w przypadkach udałych niezauważał nigdy zboczeń umysłowych, na co się zgadza i kol. Mikulicz tak odnośnie do przypadków przez siebie operowanych, jako téż i we Wiedniu obserwowanych; w dalszym ciągu przemówienia potrąca prelegent o kwestyję antyseptyki, nadmieniając, iż obecnie do opatrunku nie używa ani karbolu, ani jodoformu, tylko rozczynu sublimatu i to do przestrzykiwania 1% a do gazy i gąbek 2,5% a ponieważ ten przetwór znacznie psuje narzędzia, trzyma takowe w rozczynie salicylowym; nie stawiał wprawdzie tego sposobu traktowania ran pooperacyjnych wyżéj nad dawniejszy t. j. karbolem i jodoformem; w obec doświadczeń jednak tak własnych jak i innych autorów, które wykazały, że pod sublimatem rany pooperacyjne również aseptycznie się goją, zaprowadził sposób leczenia ran sublimatem a to głównie z tego powodu, iż, jak to zresztą kolegom wiadomo, blisko od pół roku cierpi na wyprysk wywołany nadużyciem karbolu w połączeniu z jodoformem, wreszcie sposób lęczenia ran jest także z tego powodu ważnym, ponieważ jest nadzwyczaj tani. — Kol. Mikulicz nawiązując do słów ostatnich swoje uwagi, zarzuca leczeniu ran pooperacyjnych sublimatem tę ujemną stronę, że bardzo często mimo najstaranniéj przeprowadzonego opatrunku komplikowane bywają różą, czego uniknąć można przy opatrunku karbolowym, bo jeżeli przy takowym pojawia się róża, to niezawodnie popełniony został jakiś błąd; mówiący wspomina daléj, że w klinice róża prawie nigdy się nie pojawia; daléj, że rozczyn kwasu karbolowego bez porównania szybciéj i pewniéj niszczy bakteryje niż sublimat, który z krwią tworzy związki o wiele słabiéj działające na mikroorganizmy. Kol. Obaliński nie dziwi się wcale, że w klinice róża tak rzadko się pojawia, gdyż tam kierownik może sobie przypadki wybierać a róży absolutnie nieprzyjmuje, podczas gdy w szpitalu przyjąć się ją musi, a w tym ostatnim znów ani odgraniczenie chorych ani téż posługa nie są tego rodzaju, aby można uniknąć zawleczenia jéj i przeniesienia z jednego chorego na drugiego; a mimo to w ostatnich dwóch miesiącach, w których używano sublimatu, nie pojawiła się ani razu róża w operowanych przypadkach, chociaż znaczna ilość ciężkich operacyj wykonaną została; co do wywodów kol. Mikulicza o wyższości kwasu karbolowego nad sublimatem, to nie wchodząc na razie w szczegółowe wywody naukowe, faktem przecież jest niedającym się zaprzeczyć, że pod sublimatem rany pooperacyjne również dobrze aseptycznie się goją, a dopiero dalsze doświadczenia mogą wykazać ujemne strony, bo przecież zapatrywania teoretyczne nie mogą być przeniesione wprost na pole doświadczeń praktycznych jako takie, a raczéj powinno się fakta doświadczeniem uzbierane starać wytłumaczyć naukowo i z tych wnioski teoretyczne wysnuwać. — W nader ożywionéj dyskusyi zabierali jeszcze głos koledzy A. Rosner, Jaworski i Pieniążek.

3) Wybrano członkami czynnymi Tow. lek. krak. Drów Adama Dobruchowskiego, Józefa Wiczkowskiego i Henryka Otto.

W zastępstwie sekretarza: *Dr. Balicki.*

XVII. Posiedzenie zwyczajne Tow. lek. krak z d. 19 grudnia 1883.

Przewodniczący kol. Obaliński. Członków obecnych 57.

Jako gość kol. Kaufmann z Maryjenbadu.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i bez zmian przyjęto.

2) Kol. Przewodniczący odczytuje list ks. Żaby nadesłany Akademii Umiejętności i przez nią odstąpiony Towarzystwu lekarskiemu, zalecający dziewannę (*verbascum thapsus*), jako znakomity lek przeciw dławcowi. Odstąpiono do ocenienia kol. Jakubowskiemu.

3) Przewodniczący odczytuje zawiadomienie przez Namiestnictwo nadesłane, tyczące się dzierżawy zakładu kąpielowego w Brusie od rządu ottomańskiego. Odstąpiono komisyi balneologicznéj.

4) W celu załatwienia konkursu po śp. Kowalewskim, ogłoszonym w Nrze 14ym Przeglądu Lekarkiego z r. 1882 za najlepsze dzieło oryginalne treści lekarskiéj lub przyrodniczéj, uchwalił komitet Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich udać się do Tow. lek. z prośbą o wybór jednego arbitra z grona Towarzystwa, ażeby rozstrzygnąć, która z prac ubiegających się o nagrodę na nią zasługuje. Wybrano kol. Antoniego Rosnera.

5) Przewodniczący zawiadamia, iż od Tow. galicyjskiego nadeszło pisemnie wyrażone życzenie, aby w komisyi redakcyjnéj Przeglądu Lek. przedstawiali nadal to Tow. koll. Rydel i Grabowski, jakotéż aby członkami Rady zawiadowczéj nadal koll. Rieger i Krówczyński pozostali.

[1]) Szanowne Redakcyje wszystkich pism polskich, lekarskich i przyrodniczych upraszam o łaskawe powtórzenie powyższego artykułu.

6) Drowie Marcisiewicz, Górski i Trzebicky wybrani zostali członkami Tow.

7) Koll. Skobla i Marsa wybrano kontrolorami kasy Towarzystwa i Przeglądu Lek.

8) Przystąpiono do wyborów nowych urzędników. Wybrano prezesem kol. Dra Augusta Kwaśnickiego, zastępcą przewodniczącego kol. Browicza, sekretarzem dorocznym kol. Szymkiewicza, redaktorem Przeglądu Lek. kol. Blumenstoka, do komisyi redakcyjnéj koll. Korczyńskiego, Obalińskiego, Oettingera i Pareńskiego, delegatem do komisyi sanitarnéj kol. Paszkowskiego, do rady zawiadowczéj Tow. lek. galic. kol. Riegera i Krówczyńskiego.

9) Kol. Obaliński okazuje kawał resekowanego jelita cienkiego 97cm. długości. Wyciął go u chorego na zagłobę. W kiszce téj widać liczne ogniska zgorzelinowe wielkości talara. W dalszym ciągu opisuje prelegent sposób i przebieg operacyi.

Na têm posiedzenie zakończono.

Dr. Henryk Mendelsburg, sekretarz.

VIII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Statystyka zakładów dla obłąkania w Austryi. Według wykazów departamentu zdrowia w Ministerstwie spraw wewn. we Wiedniu istnieje obecnie w zachodniéj połowie monarchii austro-węgierskiéj 21 zakładów publicznych a 5 prywatnych, mieszczących 8.870 chorych na umyśle. Największy zakład publiczny jest w Pradze (1.322 łóżek, 1.850 obłąkanych rocznie), po nim idzie wiedeński (553 łóżek, 1.200 chorych rocznie). Trzeci z rzędu zakład jest kulparkowski (545 łóżek, 800 chorych); daléj idą zakłady: w Ybbs (432 łóżek), Kosmanos (395), w Bernie morawskiém (372), w Niederhardt w Austryi górnéj (370), Feldhof w Styryi (350). Klosterneuberg (269). Wszystkie 3 zakłady publiczne w Dalmacyi posiadają razem zaledwie 30 łóżek. Z zakładów prywatnych największy jest w Valdenie w Vorarlbergu, daléj w Lainz i Ober-Döblingu; we wszystkich 5 zakładach prywatnych mieści się 416 obłąkanych. Umieszczonych jest w ogóle obłąkanych 6.200, w opiece domowéj(!?) pozostaje 16.168. Pod względem wieku najwięcéj bo 11.068 przypada na okres od 25—40 roku życia; poniżéj 10 roku życia jest obłąkanych 650, między 10—15 rokiem 1.100. Pod względem płci jest mężczyzn 13.669, kobiet 11.369, razem wszystkich 25.038. Ponieważ ludność Przedlitawii wynosi 21,492.000, więc przypada 1 obłąkany na 860 mieszkańców. Jest to więc stosunek nie najgorszy, jeżeli zważymy, że w Europie średnio przypada 1 obłąkany na 500 mieszkańców.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 6—12 stycznia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 36,4. Z ospy umarło 7 (0 z. t.); z płonicy 5 (0 z. t.); z duru brzusznego 1 (1 z. t.); z róży 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 7 przypadkach ospy, 2 odry, 7 płonicy, 1 błonicy, 2 duru brzusznego. W tygodniu od 30 grudnia do 5 stycznia umarło w Londynie 6 z ospy, leczyło się w szpitalach 110, świeżo zapadło 17. W Paryżu umarło 2, w Budapeszcie, Petersburgu, Warszawie, Nowym Orleanie po 4, w Liwerpolu 6, Birminghamie i Murcyi po 8, w Maladze 22, w Madrasie (od 26 października do 2 listopada) 38; w Pradze 42. Z duru osutkowego umarło w Maladze, Murcyi, Saragosie i Granadzie po 1, w Petersburgu 3. W Aleksandryi umarło od 23—29 grudnia 2 z cholery; w Bombaju od 28 listopada do 4 grudnia także 2; w Madrasie od 26 października do 2 listopada umarło 7; w Kalkucie od 4—10 listopada 19.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 30 grudnia do 5 stycznia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 21,5; w Warszawie 30,3; w Poznaniu 22,9; w Budapeszcie 25,4; w Pradze 32,6; w Tryjeście 28,8; w Berlinie 23,3; w Hamburgu 28,4; w Gdańsku 24,5; w Monachowie 27,3; w Dreźnie 26,3; w Lipsku 30,8; w Bazylei 16,7; w Brukseli 21,9; w Amsterdamie 30,1; w Hadze 28,9; w Paryżu 23,6; w Londynie 21,6; w Kopenhadze 22,8; w Stokholmie 24,4; w Chrystyjanii 17,2; w Petersburgu 32,7; w Odesie 30,7; w Rzymie 25,8; w Wenecyi 25,3; w Bukareszcie 30,9; w Aleksandryi 37,5; w Nowym Yorku 25,3; w Filadelfii 22,3; w Bombayu 24,2; w Madrasie 36,4. *J. B.*

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 24 stycznia. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego mówił asystent kliniki chirurgicznéj, kol. Schramm, o laparotomii, poczém wywiązała się ożywiona dyskusyja. Dzięki uchwale zapadłéj na wniosek kol. Mikulicza, według któréj odtąd wykłady i rozprawy mają być stenografowane, a która to uchwała natychmiast weszła w życie, będziemy w możności podania już w numerze przyszłym dokładnéj sprawy z wczorajszego posiedzenia.

* Na przedwczorajszém posiedzeniu Akademii Umiejętności prof. fizyki Wróblewski zawiadomił Wydział matematyczno-przyrodniczy, że udało mu się skroplić wód.

* **Lwów** Na posiedzeniu Tow. lekarzy galicyjskich, odbytém w dniu 19 b. m., prof. Mikulicz z Krakowa, zaproszony przez prezesa Dra Riegera, miał wykład o nowszych modyfikacyjach opatrunku przeciwgnilnego. Licznie zebrani członkowie (koło 60) z zajęciem słuchali wykładu, a w żywéj dyskusyi wzięli udział pp. Biesiadecki, Gostyński, Czyżewicz, Różański, Ziembicki, Longchamps i inni. Treść tego wykładu mieścić się będzie w rozprawie obecnie w Przeglądzie Lek. drukującéj się.

* Przewodnika gimnastycznego (organu Towarzystwa gimn. „Sokoł“ we Lwowie) Nr. 1 ze stycznia rb. opuścił prasę. Treść: Filije czyli oddziały prowincyjonalne Towarzystwa gimnastycznego „Sokól“ we Lwowie. — Zarys ćwiczeń na skoczni. — Korespondencyje. — Sprawy Towarzystw gimnastycznych zagranicznych. — Kronika. — Biblijografija.

* **Berlin**. Na żądanie Ministra Oświecenia Wydział lekarski zastanawiał się nad sprawą wiwisekcyj; w imieniu komisyi złożonéj z Virchowa, Du Bois-Reymonda, Westphala i Liebreicha zdawał sprawę Du Bois, a sprawozdanie jego Wydział przyjął jednomyślnie. Wykazawszy, że bez wiwisekcyj postęp w fizyjologii jest bezwzględnie niemożebny i podniosłszy głównie fakt, że właśnie w ostatnich czasach higijena, epidemijo- i epizoocyjologija wiele zawdzięczają wiwisekcyjom, sprawozdawca dochodzi do wniosku, że one są niezbędne dla badania i wykładu.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga**. Docent prywatny Dr. Alojzy Epstein mianowany został nadzw. profesorem pedyjatryi w Wydziale niemieckim. W Wydziale czeskim habilituje się redaktor Časop. lek. česk. Dr. Karol Chodounský jako docent balneologii. Rektor Uniwersytetu niemieckiego prof. fizyki Dr. Mach z powodu starcia z Ministerstwem Oświecenia złożył swój urząd. Docent Dr. Maixner ma być mianowany profesorem patologii wewnętrznéj i dyrektorem polikliniki w Wydziale lek. czeskim. — Prof. medycyny sądowéj w Wydziale prawniczym niemieckim, Dr. Güntner, przechodzi w stan spoczynku; wykłady medycyny sądowéj dla prawników obejmuje prof. Maschka, tak jak prof. Hofmann wykłada już na Wydziale prawniczym w Wiedniu.

* **Odznaczenie**. Lekarz domowy zakładów karnych we Lwowie, Dr. Władysław Jasiński, w uznaniu nader skutecznéj działalności, otrzymał tytuł i charakter Radzcy cesarskiego. — Radzca rządowy prof. Dr. Józef Maschka w Pradze w uznaniu długoletnich zasług jako lekarz sądowy i więzienny otrzymał order korony żelaznéj 3éj klasy.

* **Wiadomości osobowe**. Zatwierdzeni zostali przez Wydział lekarski w Warszawie w stopniu lekarzy pp. Bronisław Laskowski. Filaret Michalewicz, Aleksander Przybyłowski, Bronisław Sawicki. Jan Tworkowski, Abraham Warman i Władysław Wojewódzki.

* **Nekrologija**. W Bononii umarł d. 16 listopada 1883 r. profesor anatomii porównawczéj i patologicznéj Giambattista Ercolani, autor znanego dzieła o histologii i fizyjologii łożyska zwierząt ssących; w Londynie zaś umarł d. 19 listopada 1883 r. dyrektor szpitala Guya Dr. Hilton Fagge. — W Pradze czeskiéj umarł Dr. Jiruš, b. dziekan kolegijum doktorów tamże.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 3: Heringa: Mnogie włó-

kniaki skóry i błony śluzowéj krtani (Praca ta pomieszczoną była w *Wiener med. Presse*, 1883, Nr. 2 i 4); Neugebauera: Dalszy przyczynek do nauki o pośrodkowém zeszyciu pochwy, jako środku do wyleczenia wypadnięcia macicy (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 3: Roségo: O upuście krwi w chorobach serca (c. d.).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Niniejszém ogłasza się konkurs na posadę Sekundaryjusza przy Jasielskim powszechnym szpitalu z roczną płacą 300 złr.

Obowiązki oznacza instrukcyja wydana przez Wys. Wydział krajowy.

PP. Drowie wszech nauk lekarskich chcący kompetować o tę posadę, zechcą należycie udokumentowane podania wnieść do tut. Zwierzchności gminnéj do 10 Lutego rb.

Jasło dnia 15 Stycznia 1884 r.

Burmistrz
Koralewski m. p.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*; nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
Rocznie	w Austryi 8 zlr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 2 lutego 1884. №. 5. Rok XXIII.

I. Z kliniki chorób kiłowych prof. Neumanna w Wiedniu.

Przyczynek do zmian kiłowych w stawach, ścięgnach, pochewkach ścięgnistych i torebkach maziowych.

Napisał Dr. E. Finger,
docent i asystent kliniczny.

Historyja i literatura. Wiadomość, że kiła może wywołać sprawy chorobowe w stawach, również jak i dokładniejsza znajomość kiły saméj, datuje się od drugiéj połowy 15go stulecia. Tak znajdujemy u Piotra Martyra w jego 68ym liście do Ariusza Luzytana następujący ustęp: *In peculiarem te nostrae tempestatis morbum, qui appellatione Hispana Bubarum dicitur (a Italis morbus gallicus, medicorum Elephantiam alii, alii aliter appellant) incidisse praecipitem, libero ad me scribis pede. Lugubri autem elogo calamitatem, aerumnasque gemis tuas, articulorum impedimentum, internodiorum hebetudinem, juncturarumque omnium dolores internos esse proclamas, ulcerum et oris foeditatem superadditam promis eloquentia, conquereris, lamentaris, deploras...... (Petri Martyris Anglerii Mediolanensis, Epist. LXVIII. Ario Lusitanno, Graecas Litteras Salamonice profitentio, valetudinario 1488).* Następujący pisarze: Alphonsus Ferrus (*De morbo gallico 1537. Aphrodisiacus S. 443)* Angerius Ferrerius (*1553. De Pudendagra. Aphrod. S. 924* wspominają o bólach w stawach, jako o częstym objawie dawniejszéj kiły. Thiérry de Héry *(1552. La méthode curatoire de la maladie vénérienne, Paris 1552)* zalicza bóle w stawach do *„Symptomes suivantes*“. U Gabryjela Fallopii *(1555. De morbo gallico, Aphrodis. S. 825*) czytamy: *„Cap. XCIV. De dolore articulorum. Peculiare et maximum est symptoma in morbo gallico dolor articulorum ..... hic dolor die quiescit, noctu, vel ante coenam, vel post coenam solet excruciare, et insomnes reddere homines; dolor est pungens, quasi distendens et lacerans ..... pungunt isti dolores, quia fiunt circa periostia: solent esse cum tumore et sine tumore: de his, qui sunt cum tumore, tractabo, quum de gummis agam*; daléj w następnym rozdziale XCV. *De gummatibus gallicis... verum accidit, ut post dolores, vel cum doloribus tumores infestent circa articulos, internodia ..... loca sunt ligamenta articulorum, corpora ossium, periostia in quibus tumores dolorosissimi sunt.* Również Francescus Frizimelica (*1558 De morbo gallico. Aphrod. s. 994*), Bernardinus Tomitannus *(1563. De morbo gallico. Aphrod. s. 1031* i *1102*), Alex. Traj. Petronius (*1565 de morbo gallico. Aphrod. s. 1343)*, Levinus Lemnius (1574) podają bóle w stawach, jako częsty objaw kiły wrodzonéj, kładąc nacisk na nocne nasilenia tychże i omawiają leczenie. Dalla Croce (1583) wspomina, że bóle z nabrzmieniem, albo bez nabrzmienia stawów pojawiają się u kiłowych. W podobny sposób wyraża się Wiesemann (1679) i Astruc (1754. *Traité des malad. vénér. IV)*.

U Morgagniego *(De sedibus et causis morborum, Pataviae*, 1765) czytamy w 58ym liście: *(de Lue venerea Art. 4 et 5)* następujące spostrzeżenie: *Mulier, quae annum exegerat quinquagesimum, dolor obortus est ad maxillam inferiorem, cum multi interdum sanguinis fluxu adeo, ut candenti ferro admoto hunc compescere cogitarent, ni per se tandem desiisset. Brevi post tempore dolores ad ossa vexare mulierem coeperunt: quos cum diu pertulisset, incepit, quotiescunque movebatur, queri, omnia sibi ossa frangi*; *et sane qui aderant, tunc crepitum ad articulos audiebant. Ad haec illud postea accessit, ut inferiorum artuum ossa flecti coeperint, quasi essent cerea, et ad levem etiam motum dolere. Mortuae demum inventa sunt ossa innominata, femoris, tibiae, et quae cranii fornicem efficiunt, non secus, ac si ex crassiore papyro essent, flexibilia*: *superficie autem spongiosa erant*; *ad meditullium vero quibusdam locis cariosa. 5. Unde sanguis ille multus proflueret, cujus initio historiae fit mentio, Valsalva scribere praetermisit. Accepi autem ego ab iis, qui cum ipso olim mulierem et viventem et mortuam viderant, abscessum*

huic fuisse ad alterum colli latus, ut ex illo fluxisse, conjiciam. Addiderunt iidem, alia quoque ossa quaedam, in quibus et costae nonnullae et pedum ossa flexilia in mortua fuisse, et, tanquam cartilagines, cultrum admisisse: quaecunque autem ossa flectentibus. aut comprimentibus cederent, ea, dum haec fierent, humorem quendam, diluti instar sanguinis, emisisse. Vidi postea et ego illa ossa: nam Valsalva asservaverat; oblonga quidem in arcus modo curvata. ex iis autem quae fecerant cranii fornicem in planum depressa, foeda omnia, etiam quia intime purgari non potuerant calore, et odore, et contrectantium manus unguentia. Sed cum a longo jam tempore asservata essent, nonnulla quae in recentibus atque adeo in cadavere ipso quaesiissem, videre non potui: quae inter illud fuisset, quomodo eorum capita in articulis se haberent, id est minus an magis essent mucilagine inuncta, ob crepitum illum videlicet, qui ad articulos, cum hos aegra moveret, ab assidentibus exaudiebantur; multo autem magis, quomodo se haberent genitales partes in femina, quam lue venerea infectam adeo fuisse, dicebant, ut inde vitium hoc tantum ossium extitisse, non dubitarent.

Fabre *(1773. Traité des maladies vénériennes)* zna sprawę chorobową w stawach jako skutek kiły i tak się o tém wyraża: *Pareillement si la synovie, qui est separée par les glandes mucilagineuses des articulations, est infectée par le virus, elle peut produire des gonflements et des tumeurs, avec ou sans inflammation et des douleurs plus ou moins vives et lancinantes.*

Dokładniejsze podania o kiłowych cierpieniach w stawach znajdujemy już u Plenka *(1787. Doctrina de morbis venereis. Vienna. s. 114—116). Sunt tumores cysticis similes, qui hinc inde circa articulationes in venereis oriuntur.* I daléj: *Anchylosis venerea est articulationis immobilitas a viru venereo orta. Species sunt: 1. Anchylosis ab hyperostosi. Noscitur tactu ipsius ossis extremi tumidi. 2. Anchylosis a synovia inspissata. Tumor articulationis magis globosus est, nec praecessit tumor inflammatorius, dolens articulationis. 3. Anchylosis a phlogosi ligamentorum. Tumor in suo exordio est dolentissimus, de nocte aliquandum rubens.*

Także Swediaur (r. 1798) mówi o kiłowych bólach mięśni i ścięgien. Louvrier (1809) wspomina o rozmaitych rodzajach chorób członków i stawów: w pochewce ścięgien powstają małe, ledwie dostrzegalne ganglija; stawy stają się bolesnemi już to z nabrzmieniem, już to bez tegoż; tracą ruch albo zupełnie, albo tylko na pewien czas.

Dziwnie nieco w obec tych niewątpliwych podań brzmi twierdzenie Huntera (Rozprawa o wenerycznych chorobach, tłum. niemieckie Dra F. Branissa. Berlin, 1848, str. 760): Żeby kiła nagabywała także stawy, nie przypominam sobie, chociaż wiele reumatycznych dolegliwości tych części rtęcią bywa leczonych i dla tego za weneryczne uchodzą. Babington, uczeń i wydawca dzieła Huntera, czyni tu atoli uwagę następującą: Twierdzenie to jest za ogólne. Zdarzają się niekiedy, choć rzadko, przypadki, w których zapalenie błony maziowéj stawów występuje równocześnie z drugorzędnemi przypadami kiły niewątpliwéj, ze wzrostem przypadów potęguje się i rozdziela, skoro rtęci ze skutkiem użyto i przez to wysypkę i wrzody na szyi poskromiono. W takich przypadkach zapalenie błony maziowéj ma cechę ostrą i jest połączone z pewnym stopniem bólu, napięcia i powierzchownego zaczerwienienia, przez co się dostatecznie odróżnia od chronicznych rodzajów téjże saméj dolegliwości, która pojawia się w ogólnéj chérze, bez względu na to czy została wywołaną jadowitém działaniem rtęci, czy téż kiłą samą, jeżeli jéj pozwolono dość długo trwać, aby wszystkie dla odżywienia i utrzymania zdrowia potrzebne funkcyje w nieład wprowadzić, a pacyjent przychodzi do takiego stanu, który ma bardzo wielkie podobieństwo do zołz. Do tego zapatrywania Babingtona przyłącza się wielu autorów.

James Russel (1817) przypuszcza możliwość, że kiła wywołuje nacieki do stawów. Tego zapatrywania jest także Wendt (1827): Gdzie jako następstwo kiły zjadliwéj albo zaniedbanego leczenia zniszczenie w kościach dochodzi do ostatecznego rozwoju i gdzie się ten wysoki stopień zniszczenia objawia skostnieniem stawów, albo chorobliwém zmiękczeniem kości, tam nie można myśleć o ukończeniu leczenia. Także Handschuh (1831) przypuszcza siedzibę kiły w stawach: Najrzadziéj zajmuje zapalenie nasady kości albo stawy, ich więzadła i ścięgna, które się tamże uczepiają, jak i ich pochewki. Pomiędzy stawami znowu najrzadziéj bywają dotknięte stawy: biodrowy, ramieniowy i nadgarstkowy, mniéj stawy: łopatkowy, kolanowy i goleniostopowy. Te zapalenia są najbardziéj podobne do zapaleń dnawych i gośćcowych. Następuje znów kilku autorów, których imiona bardzo słyną w historyi naszego specyjalnego zawodu i którzy, jeżeli nie zaprzeczają pojawianiu się cierpień w stawach, wywodzą je jednak od innych przyczyn. Do tych należy Colles (1839): „bo skoro się ten nowy rodzaj choroby (*Ecthyma* i *Rupia*) wytworzył, zaczyna zdrowie cierpieć, powstaje znaczna, trawiąca gorączka; wkrótce potém występują przeszywające bóle w członkach a niekiedy obrzmienie małych kości i stawów przedstopia i śródstopia albo nadgarstka i śródręcza“ a str. 188: Często są zajęte większe stawy u chorych dotkniętych kiłą drugorzędną. Te choroby stawów nie zasługują na miano objawów czystokiłowych; przynajmniéj mogę sobie tylko przypomnieć, żem widział je u chorych, którzy z powodu drugorzędnéj kiły przebyli leczenie rtęciowe, przez co jednak nie została choroba zupełnie usuniętą. Wydzieliny i rozszerzenia błon i torebek maziowych we wielkich stawach pojawiają się często u chorych, którzy cierpią na drugorzędną kiłę. Nie twierdzę, żeby one nie były czystéj natury wenerycznéj, lecz, o ile sobie przypominam, te przypadki, które widziałem, pochodziły, z małemi wyjątkami, od źle zastósowanego leczenia rtęcią. W kilku przypadkach mogło się do tego przyczynić za wielkie natężenie członka. Staw kolanowy i łokciowy cierpią najczęściéj, rzadziéj staw nadgarstkowy; ale jeżeli ostatni cierpi, to daje wiele do czynienia. Chociaż te obrzęki nie należy uważać za czysto kiłowe, to jednak mniéj lub więcéj stoją one w związku z kiłą, ponieważ, jeżeli one oparły się muchom hiszpańskim i wielu innym miejscowym środkom, ustępują późniejszemu rozumnemu leczeniu rtęciowemu. Jak Colles odnosi cierpienia w stawach u kiłowych do chéry rtęciowéj, tak uważa je Ricord (1848. Najnowsze wykłady o kile; tłum. niemieckie Gerharda, str. 92) jako będące w związku z chorobą angielską, zołzami, gośćcem stawowym: „Czy istnieje zwyrodnienie zołzowe stawu? „Według naszych, przez długi szereg lat czynionych poszukiwań i doświadczeń, możemy wypowiedzieć zdanie, że cierpienia kiłowe w stawach, czyli *„Artropatie“* pojawiają się nadzwyczaj rzadko. Nie wiemy, jak dalece specyjalnie rozszerzono pojęcie o cierpieniach stawów; nie chcemy przeczyć, że u kiłowych cierpienia stawów często się pojawiają. Wierzymy nawet, że kiłowi często doznają dolegliwości w stawach, lecz pytanie, czy te cierpienia stawów należy przypisać je-

dynie kile, lub innemi słowy, czy one tylko komplikacyję przedstawiają. Musimy się mianowicie zapytać, czy te zajęcia stawów, które się natrafia u kiłowych, należy kłaść jedynie, na karb kiły; wątpimy o tém bardzo, gdyż uważamy te cierpienia za bardzo rzadkie. Często można w praktyce napotykać osoby, które cierpią na zakorzenioną kiłę i niejednego rodzaju zwyrodnienia stawów; jeżeli zaś będziemy dokładnie badać, to przekonamy się, że w obec kiły inne jeszcze choroby odgrywały rolę: choroba angielska, zołzy, w późniejszych latach gościec stawowy itd. Jeżeli u niektórych kiłowych wyleczono preparatami rtęciowemi zwyrodnienie zołzowe stawu, to jeszcze nie jest to dowodem kiłowéj przyrody tych obrzęków stawowych. Nie chcemy jednak twierdzić, że nie ma kiłowego zajęcia stawów, twierdzimy tylko, że zwyrodnienie zołzowe stawu, jak je niektórzy autorowie przypuszczają, żadną miarą nie jest udowodnioném. Nasze doświadczenie prowadzi nas do wniosku, że błony surowicze i więzadła ze wszystkich innych tkanin najmniéj kile podlegają."—Bonnet (1847. Choroby stawów, tłum. niemieckie Kruppa, str. 66) mówi: chroniczne zapalenie i zaniedbanie stawów należy do częstych dolegliwości, które kiła może wywołać. U Höldera (1851. *Lehrbuch der vener. Krankheiten*, str. 421) nie ma wzmianki o kiłowych zmianach stawów, ale za to znajdujemy dość szczegółowo omówione zmiany ścięgien. „W nich spostrzega się częściéj zmiany kiłowe niż w mięśniach. Tworzą one tamże ograniczone twarde, okrągławe albo nieregularnie ukształtowane zgrubienia, które tylko z początku wywołują bóle. Są one zazwyczaj samoistne. Obrzmienia te zawdzięczają początek swój wysiękowi, który zrazu jest płynny, zwolna się organizuje a późniéj wywołuje złogi wapienne, wysięk i mieści się jużto w pochewkach ścięgien, już téż to w ścięgnie samém, najczęściéj w pierwszych. Obrzmienie jest bardzo wyraźném, tworzy ono znaczną wyniosłość w przebiegu ścięgien i u najbliżéj skóry położonych ścięgien i błon ścięgnistych, jak np. na dłoni, na stawie nadgarstkowym albo na ścięgnie Achillesa, zrasta się ze skórą, która przestaje być przesuwalną, lecz zazwyczaj prócz lekko pagórkowatych nierówności żadnych dalszych zmian nie okazuje. Jeżeli wysięk znajduje się w istocie w samych ścięgnach, tworzy on okrągławą, po największéj części poruszalną, twardą wyniosłość wielkości włoskiego orzecha. Wysięk rozpościera się pomiędzy pojedyńcze wiązki ścięgna, najbardziéj jednak w środek ścięgien i rozsuwa je krzaczkowato. I tu napotyka się często w późniejszych okresach złogi wapienne. Tylko wyjątkowo wysięk ulega ropieniu, zwykle tylko w początkach, dopóki jest jeszcze płynnym." W podobny sposób wyraża się także Vidal de Cassis (1853. Rozprawa o chorobach wenerycznych, str. 583).

Dokładniejszą znajomość rzeczy zawdzięczamy jednak Richetowi (1853. *Sur les tumeurs blanches. Mémoire de l'Academie imperiale de médecine*, 17 tom). Rozróżnia on dwa rodzaje zmian stawowych: właściwe zapalenie błony maziowéj i zapalenie kończyn stawowych. Co do pierwszego rodzaju, mówi Richet, że jest przekonanym, iż wiele przypadków zapalenia stawów, które się opierają każdemu leczeniu, nie są niczém innem, jak kiłowém zapaleniem błon maziowych. Rozpoznanie jest trudne, często rozwija się sprawa chorobowa, jak puchlina chroniczna, jednak w innych przypadkach wyczuć można guzy i zgrubienie błony maziowéj, bóle są małe, a tylko przy poruszaniu znaczniejsze, wtedy można przypuścić kiłę. Zawsze jednak potrzeba wprzódy sprawdzić kiłę jawną lub utajoną jakotéż skutek leczenia przeciwkiłowego, aby rozpoznanie było pewném. Rokowanie jest względnie dobre, tylko w bardzo zaniedbanych przypadkach następuje upośledzenie ruchów. Objawy te należą atoli według Richeta do ciężkich i późnych przypadków kiły. Sprawa chorobowa zaczyna się ostro od gwałtownych bólów nocnych w stawie i kościach. Wnet następuje obrzmienie stawu, które powstaje nietylko w skutek wysięku do jamy stawowéj, ale także w skutek zgrubienia kończyn stawowych. Jeżeli się go zaniedba, powstaje ropienie, zanik chrząstki, stężenie stawu. Rozpoznanie nie jest łatwe. Brak gorączki i odczynu miejscowego zmuszają nas do wykluczenia gośćca i nacieku zmian na tle zołzów powstałych. W następnym roku dostarczyi Brochin (1854. *Quelques mots sur les tumeurs blanches syphilitiques. Gaz. des hôpit.)* dalszych kazuistycznych przyczynków dla poparcia zapatrywania Richeta.

Późniéj niż we Francyi rozpoznano w Niemczech sprawy kiłowe w stawach. Tak znachodzimy o nich u Simona (1855. Kiła, w Virchowa: Patologii i terapii s. 575) tylko krótką wzmiankę: Kiłowe choroby stawów cechują się tak zwanemi obrzmieniami stawowemi, gdyż około stawów tworzą się obrzęki podobne do *„tumores cystici"*, przez wysięk i rozszerzenie błon i torebek maziowych, albo przez zapalenie więzadeł stawowych i stężenie stawów, które może przemienić się w zupełną ankylozę. J Virchow (1859. w XV tomie swego archiwu) nie omawia szczegółowo spraw chorobowych w stawach, i krótką uwagą (s. 64) wskazuje na to, że uważa on kiłę jako przyczynę spraw chorobowych w stawach. Lücke (1867. *Berl. klin. Woch.)* wspomina o zwyrodnieniu zołzowém, utworzoném przez złogi kilakowe jako o zgrubieniu torebki z powiększeniem mazi. (C. d. n.)

II. Przyczynek do nauki o alkoholizmie.

Napisał prof. J. Mierzejewski w Petersburgu.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4).

b) U niektórych chorych na obłęd pijacki, którzy już cierpią na barwoślep, przewagę bierze jedna barwa, któréj poznanie jest jeszcze utrzymane; u wielu chorych pozbawionych odczuwania barwy zielonéj przemaga w polu widzenia barwa czerwona; przedmioty białe wydają się im czerwonemi; rzecz godna uwagi, że takim osobom i obrazy złudne przedstawiają się w barwie czerwonej, w tym przypadku dopełniającej. Objawy podobne spostrzegano i u histeryczek: jeśli w ich polu widzenia ma przewagę barwa czerwona, to i w omamach ich przemaga toż samo ubarwienie (czerwone ptaki, suknie i t. d.). W takich przypadkach omamy rzucone na zewnątrz i znowu doszłe do świadomości, ulegają prawu optyki, zgodnie z temi brakami widzenia obrazu, którym chory ulega.

Wyżej już powiedziałem, że niektórzy chorzy na obłęd pijacki posiadają zdolność zatrzymywania długiego barwnych powidoków; jeśli takiemu choremu przedstawia się w umyśle jaki złudny obraz i w tym samym czasie na obwodzie ma miejsce pobudzenie nerwu wzrokowego, które pozostawiło silny powidok, to barwa tego powidoku pokrywa obraz złudny, lub tworzy tło dla niego. Pewien wykształcony malarz, chory na obłęd pijacki, mówił mi, że raz wpatrując się podczas swéj choroby w zarzewie kominka, kiedy następnie skierował oczy w inną stronę, ujrzał przesuwające się drżące

obłoki ogniste, a ciemne między niemi przestwory zamieniały się w niekształtne postacie ludzi, kołyszące się i przesuwające wspólnie z obłokami.

Spostrzeżenia Lazarusa nad obrazami przypominanem[1] mają wielkie podobieństwo do złudzeń ludzi cierpiących na obłąd pijacki. Autor ten pierwszy zwrócił uwagę na okoliczność, że obraz odtworzony w pamięci może schodzić się i zlewać z wrażeniami odczuwanemi w narządach przeznaczonych do odbierania wrażeń zewnętrznych, i że ostatnie nadają obrazom przypominającym pewne ubarwienie i koloryt. Spostrzeżenia te poczynione nad sobą samym Lazarus (*Zur Lehre von den Sinnestäuschungen.* Berlin, 1867, str. 6) tak opisuje:

„Wieczorem pięknego i jasnego dnia po obiedzie usiadłem na balkonie Rigi-Kaltbad wpatrując się w łańcuch szczytów pokrytych lodowcami; usiłowałem dopatrzyć między niemi góry Waldbruder, którą doskonale widziałem przez lunetę, lecz okiem nieuzbrojonem ujrzeć nie mogłem. W ciągu 6 lub 10 minut wysilałem wzrok i mogłem przypatrzeć się, jak barwa gór względnie do cienia zmieniała się, przyjmując odcień fijołkowy, czerwony lub ciemno zielony. W końcu znużony zmieniłem miejsce. Nagle, już nie pamiętam, czy miałem oczy zamknięte, czy otwarte, ujrzałem mego przyjaciela umarłym. Muszę nadmienić, że w przeciągu kilku lat zapisywałem wszystkie widzenia w rodzaju jakiegoś przeczucia, które przedstawiały mi się z szczególną żywością, lecz spieszę dodać, że wszystkie te przeczucia nigdy nie ziściły się, chociaż bardzo niemi byłem przejęty. Mam zwyczaj jako psycholog dociekać źródła tych przeczuć w kierunku odwrotnym, od chwili ich pojawienia się w tym porządku, jak się one układały w mym umyśle. Nieraz powiodło mi się wytłumaczyć przyczynę powstania przeczucia na podstawie biegu doznawanych wrażeń i praw ich kojarzenia.

„Zapytałem siebie, jakim sposobem w przytoczonym przypadku nastąpiło zjawisko nieżywego przyjaciela? Zbadawszy cały łańcuch wrażeń, które przerwały poszukiwania za górą Waldbruderem, dociekłem tego zasadniczego wrażenia, w skutek którego mogło mi przedstawić się zjawisko mego przyjaciela. Lecz dla czego w stanie nieboszczyka? Myśląc tak zakryłem oczy, i naraz ujrzałem wszystkie tylko co widziane przedmioty w tym samym szaro-zielonym kolorze. Wytłumaczywszy w ten sposób przyczynę mego zjawiska, starałem się wywołać obraz innych dobrze mi znanych osób, lecz i one przedstawiły mi się w różnych pozach z tą samą cerą trupią. Nie wszystkie jednak osoby, które widzieć pragnąłem, zjawiły mi się w postaci zupełnie wyraźnéj. Kiedy otwierałem oczy, obrazy widziane albo znikały lub też zacierały się w mnogości wrażeń barwnych. Kiedy w końcu zabrałem się do szczegółowego rozbioru, jak zachowywały się postacie osób do barw przeważających w polu widzenia i jakie były ich kontury, czy twarz wyraźnie różniła się od ubrania i t. d., to pod wpływem téj psychologicznéj pracy całe zjawisko niepowrotnie zniknęło."

Z opisu tego wynika, że obraz wywołany wspomnieniem, powstający w naszym umyśle, zlewa się podług prawa kojarzenia się z pobudzeniem jednoczesném części obwodowéj nerwu wzrokowego, t. j. ze stałym, obfitującym w barwy powidokiem wrażenia wzrokowego, którego barwę, że się tak wyrażę, obraz wywołany wspomnieniem pochłania, przybierając koloryt pochodzący z pobudzenia obwodowego.

U chorego na obłąd pijacki, którego miałem w mojéj pieczy, wrażenie doznawane na skórze zlewało się z omamami i dawało powód do ich umiejscowienia. Pukanie młotkiem po skórze wywoływało u chorego złudzenia słuchowe: zazwyczaj zdawało mu się, że słyszy słowa obelżywe, wychodzące z powierzchni skóry, po któréj pukano młotkiem. Żołnierz, również chory na obłąd pijacki, cierpiał na znaczne złudzenia słuchowe, które zdawały mu się pochodzić z zewnątrz; lecz kiedy choroba powikłała się z zapaleniem otrzewny, złudzenia słuchowe nie ucichły, przeciwnie wzmogły się; zmieniło się tylko miejsce, zkąd głos miał powstawać, gdyż chory ustawicznie go słyszał wychodzącym z swego brzucha. Nie ulega wątpliwości, że i w tym przypadku podrażnienie obwodowe zlewało się z złudzeniami i przyczyniało się do ich umiejscowienia. Oprócz tego pierwsze z powyższych spostrzeżeń naprowadza na myśl, że obwodowe podrażnienie jednego narządu czucia zewnętrznego, jest w stanie wywołać złudzenia w dziedzinie drugiego. Bardzo być może, że doświadczenie Jollyego, który przez galwaniczne podrażnienie nerwu słuchowego wywoływał u cierpiących na omamy słuchowe złudzenia, należy do skutków odruchowego pobudzenia złudzeń, gdyż galwanizując nerw słuchowy niepodobieństwem jest uniknąć podrażnienia i nerwu troistego, które może wywołać złudzenia drogą odruchową, podobnie jak to miało miejsce w moim przypadku przy opukiwaniu skóry młoteczkiem. Że podrażnienie skory jest w stanie wzmocnić złudzenia słuchowe, na dowód posłużyć może spostrzeżenie, które czyniłem u pewnego mecenasa, który podlegał znacznym złudzeniom słuchowym; choremu temu zdawało się ciągle, że słyszy głos śledzących go szpiegów, a jeśli głos ten przycichał i stawał się niewyraźnym, to on pocierał skórę przedramienia i nasłuchiwał, powtarzając kilka razy te zachody. Chory zapewniał, że tym sposobem pomaga sobie do dosłyszenia wyrazów szpiegów, gdyż tarcie przedramienia miało czynić głos ich donośniejszym i wyraźniejszym. Spostrzeżenia te, które stwierdzają, że podrażnienie w zakresie jednego narządu czucia zewnętrznego wywołuje złudzenia w dziedzinie drugiego, przedstawiają pewną analogiję z nieprawidłowościami spostrzeganemi u ludzi zdrowych na umyśle. Bywają osoby, u których w skutek podrażnienia jednego narządu czucia zewnętrznego powstają dwa wrażenia: jedno w zakresie narządu drażnionego, drugie w sferze czucia na pozór zupełnie obcego wpływowi tego podrażnienia. Do téj kategoryi należy znane spostrzeżenie Brühla u dwóch braci Nussbaumerów, którzy słuchając muzyki doświadczali wrażeń wzrokowych, mianowicie barwnych, i pewnym tonom odpowiadały stałe pewne barwy. Młodzi ci ludzie nie mogli bywać na koncertach, gdyż wraz z tonami muzyki doświadczali tyle wrażeń barwnych, że to ich nadzwyczaj rozdrażniało. Podobne spostrzeżenia opisali Dr. Pedrona (*Journal de médecine de l'Ouest.* T. XVI, str. 294) i Dr. Baratoux (*Revue mens. d'Otologie* 1883).

Nieraz spostrzegałem, że podczas napadu obłędu pijackiego istnieje możność wywołania złudzeń drogą sztuczną, podobnie jak to ma miejsce w śnie hypnotycznym; jeśli uwagę chorego pochłaniają omamy zmysłowe, a doświadczający dotknie się np. ręką jego piersi i jednocześnie krzyknie, że pająk, żaba itd. pełza po jego piersi, to chory z całą uwagą wpatrzy się w wskazane miejsce, i z wyrazem wstrętu pocznie spychać ręką przedmiot swych złudzeń.

Głównem źródłem obłędu pijackiego są złudzenia; od nich zależy cecha obłędu. Szybkość, z jaką złudne obrazy

zmieniają się, ich rozmaitość, zmienność, trudność zatrzymania ich w samowiedzy, zastanowienia się nad niemi, poddania ich rozwadze, przyczyniają się do tego, że władza myślenia takich chorych nie sięga głęboko, pomysły obłędu pojedyńcze, abstrakcyjne i obłąd systematyczny nie znajduje u nich dogodnych warunków rozwoju; z biegiem czasu kiedy choroba przybiera cechę przewlocznéj psychozy, a złudzenia ograniczają się, obłąd pijacki przyjmuje cechę więcéj jednolitą. Charakter obłędu pijackiego odbija się dosadnie w czynnościach chorych, które cechuje niezastanowienie się i brak związku; są one abstrakcyjne, pojedyńcze, przyrody więcéj odruchowéj i głównie skierowane ku własnéj obronie lub ku ominięciu urojonych niebezpieczeństw. Jak tylko znikną u cierpiących na obłąd pijacki złudzenia, które dają powód do urojeń bezładnie błąkających się w umyśle, ten ostatni odzyskuje swe prawa i żadne urojenie nie zatrzymuje się w pamięci, gdyż powstały one na podstawie tak powierzchownego rozumowania, że wszystkie pierzchną przed wpływem zdrowéj i logicznéj samowiedzy; pozostają tylko wspomnienia ciężkich chwil obłędu, do czego głównie przyczynia się wybitna siła złudzeń, udręczający ich charakter, i następowe silne wzruszenie.

Stan somnambulizmu u alkoholików. Zdarza się, że cały napad obłędu pijackiego składa się tylko z łańcucha sennych widzeń; widzenia te czasem poprzedzają napad obłędu, a bywa że się wyróżniają takiém powikłanem kojarzeniem się i dochodzą do tak wielkiéj siły i natężenia, że zamieniają się w stan mający wszelkie podobieństwo do somnambulizmu. Chory taki znajdując się pod zupełnym wpływem błędnego sądu i urojeń, może wykonywać wiele czynności, mających swój cel wytknięty, lecz czynności te nie przekraczają zazwyczaj zakresu jego zwykłych zajęć; po oprzytomnieniu chory nic nie pamięta o tych czynnościach. Stan ten przypomina stan epilepsyi psychicznéj, lub te krótkotrwałe zaburzenia nerwowe, które poprzedzają napad prawdziwéj epilepsyi lub następują po nim. Taki somnambulizm opilczy czyli jak go nazywa Crothers [1]) opilczy *Trancestate*, może istnieć samodzielnie u nałogowych pijaków bez objawów obłędu pijackiego; czasem zaś, jak mi się to udało spostrzegać, w ślad za podobnemi objawami somnambulizmu następuje napad obłędu opilczego: oba te stany wybitnie różnią się od siebie, a w szczególności tém, że chorzy nie pamiętają, co z niemi działo się w stanie somnambulizmu, natomiast pamiętają silniejsze wrażenia doznane podczas napadu obłędu. Stan somnambulizmu opilczego ma swe znaczenie w stosunkach sądowolekarskich: może się wydarzyć, że alkoholik dokona zbrodni w okresie somnambulicznym, i późniéj nic nie pamięta o tém, co zdziałał; naraz po somnambulizmie nastąpić może napad obłędu pijackiego z cechującemi złudzeniami, które następnie on sobie przypomina; w okresie somnambulizmu chory działa z wytkniętym celem, lecz zapewnia późniéj, że działał bezwiednie; natomiast w okresie napadu obłędu pijackiego wszystkie jego czyny mają cechę pomięszania zmysłów, lecz w pamięci czyny te zostawiły wrażenie i chory o nich pamięta. Dla sędziego niezawodowca rzecz ta wydać się może nieprawdopodobną, lecz w istocie wydarza się ona u niektórych alkoholików cierpiących na obłąd pijacki.

Przypadki podobne nie uszły uwagi takiego doświadczonego spostrzegacza, jakim jest Magnan, lecz badacz ten sądzi, że zdarzają się one tylko u takich alkoholików, którzy cierpią na padaczkę. Magnan utrzymuje, że tylko ostre zatrucie piołunem jest w stanie wywołać napad padaczki u człowieka, który do téj chwili nie był alkoholikiem, zatrucie zaś wyskokiem według niego nie wywołuje padaczki, i jak to udowodnił Dr. Daniłło na zwierzętach, może nawet skrócić napad powstały z zatrucia piołunem. Lecz w alkoholizmie długotrwającym w skutek zmian organicznych mózgowia w postaci zapalenia twardówki lub międzymiąższowego przewlekłego zapalenia mózgu itd. mogą powstać przypady padaczkowate, t. j. kurcze ogólne, nieposiadające wybitnéj cechy istotnéj padaczki. Jest jeszcze jedna kategoryja alkoholików cierpiących na padaczkę, którzy ulegali téj nerwicy, zanim zostali alkoholikami; do tego działu należą chorzy, o których pisał Magnan. Autor ten spostrzegał nader zajmujący fakt istnienia u tego samego chorego epileptyka i alkoholika dwóch rodzajów obłędu: jeden z nich towarzyszy napadowi padaczki, i wcale nie zostawia śladu w umyśle; natomiast zjawiska drugiego rodzaju obłędu, niezależnego od napadu padaczki, chory doskonale sobie przypomina, zarówno z wszystkimi cierpiącymi na obłąd pijacki, którzy doskonale pamiętają swe złudzenia i omamy. Spostrzeżenia Magnana, na których on oparł swe twierdzenia, są następujące: (*Congrès international des sciences medicales.* Genève, 1878, str. 568).

Żołnierz 40-letni cierpiący na padaczkę i alkoholizm, miał napad padaczki na ulicy, po ocknięciu się z którego nabrał wysokiego wyobrażenia o swojém stanowisku: zdawało mu się, że przechodnie oddają mu pokłony uniżone, wydawał rozkazy, kazał zajeżdżać powozowi i wreszcie w skutek tych dumnych wystąpień na ulicy został zatrzymany i odprowadzony do zakładu św. Anny; tu naraz uległ dręczącym omamom: w ciągu kilku dni prześladowały go koty, myszy, złodzieje, słyszał groźby itd. Przyszedłszy do zdrowia chory ten pamiętał doskonale o zwidywaniach, które tak go dręczyły w zakładzie, natomiast nic nie wiedział o okolicznościach, za które został przytrzymany, i dziwił się bardzo, kiedy mu opowiadano o téj części jego obłędu. Drugie spostrzeżenie jest następujące: 50-letni mężczyzna, chory na padaczkę i alkoholizm, wyobraził sobie po przebyciu napadu padaczki, że jest śledzonym przez jakieś indywiduum, które chce go zgładzić; pod wpływem tych złudzeń chory krzyczy, broni się, a nakoniec rzuca się na służącego, którego chce udusić. Po godzinie chory ten odzyskał zupełny spokój, lecz nie pamiętał czynu gwałtownego, który popełnił. Wieczorem zdawało mu się, że słyszy groźby, obelgi, że widzi zwierzęta, ognie; wpada w stan wysokiéj podniety i spędza całą noc w strachu i skargach, grożąc komuś od czasu do czasu w stanie silnego rozdrażnienia. Na drugi dzień rano chory opowiedział z wszelkiemi szczegółami, co z nim działo się w nocy, lecz nie pamiętał złudzeń, które skończyły się rzucaniem się na służącego, a które miały miejsce wkrótce po napadzie padaczki.

Podzielając w zupełności zdanie Magnana, że u téj samej osoby, cierpiącéj na padaczkę i alkoholizm, mogą powstać dwa różne po sobie następujące stany, t. j. złudzenia właściwe obłędowi pijackiemu i krótkotrwałe umysłowe zaburzenia odnoszące się do padaczki, winienem dodać, że podobne zestawienie objawów ma miejsce i u tych nałogowych opilców, którzy nie cierpią na istotną padaczkę lecz tylko na objawy padaczkowate. Oprócz tego na podstawie

[1]) T. D. Crothers (Connecticut): *The Trance state in Inebriety with an introduction by George M. Beard* (Hartford 1882). A case of Trance in Inebriety. Alienist et Neurologist. 1882.

własnego doświadczenia utrzymuję, że nawet bez powikłań padaczkowych, w formach samoistnego obłędu pijackiego, przed samém wystąpieniem napadu obłędu zdarzają się stany zwiastujące napad, podobne do somnambulizmu lub epilepsyi psychicznéj, które są wyrazem najwyższego rozwoju złudnych udręczeń. W tych przypadkach chorzy zachowują w pamięci wszystkie męki i udręczenia złudnych wrażeń i obrazów, towarzyszących zwykle ostremu obłędowi alkoholików a natomiast zapominają o wszystkiém, czego doświadczyli podczas okresu zwiastującego napad obłędu.

Niżéj opisać się mający przypadek sądowolekarski jest nader zajmującym nietylko z powodu okoliczności, które mu towarzyszyły, lecz i ze względu na stan umysłowy, pod wpływem którego zbrodnia została dokonaną. Sprawa ta była roztrząsaną przez najwyższą władzę lekarską, t. j. Radę lekarską; przedmiotem badania nie był chory sam, lecz tylko akta urzędowe. Rzecz prosta, że w tych warunkach stan umysłowy przedmiotu badanego nie może zarysować się z całą wyrazistością. Główną osobistością w téj sprawie był p. o. policmajstra miasta prowincyjonalnego, człowiek jeszcze młody, lecz już zastarzały pijak. Pod wpływem wzburzenia umysłowego i nadużyć wyskoku uległ on napadowi ostrego obłędu pijackiego i na dzień przed wybuchem napadu popełnił szereg występków, niewątpliwie wywołanych napadem zaburzenia umysłowego. Objawy cechujące te wykroczenia nie odpowiadają jednakowoż w zupełności postępkom człowieka cierpiącego na obłąd pijacki; przeciwnie dopatrzeć się w nich można piętna téj lekkomyślności i swawoli, która cechuje czyny nałogowych opilców lub też podporządkować je można pod kategoryję tych objawów, które odpowiadają stanowi, mającemu podobieństwo do somnambulizmu i poprzedzającemu nieraz wybuch ostrego obłędu pijackiego. W przytoczonym przypadku istniała zupełna amnezyja, co przemawia na korzyść tego ostatniego przypuszczenia.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. Przyczynek do nauki o leczeniu ran.

Podał prof. J. Mikulicz w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4).

Czysto teoretyczna strona kwestyi używania rozpylacza dziś w obec licznych dowodów praktycznych wykazujących, że nie jest koniecznym, dla chirurga praktycznego wprawdzie tylko podrzędne ma znaczenie. Gdy przed $3\frac{1}{2}$ rokiem ogłosiłem rozprawę p. t.: *„zur Sprayfrage“, Langenbecks Arch. XXV, 4,* znane były tylko doświadczenia Biddera i Trendelenburga a roztrząsanie téj kwestyi już dla tego samego było na czasie, że większa część chirurgów trzymała się jeszcze podówczas rozpylacza z powodów teoretycznych i nie śmieli jeszcze pójść za przykładem wspomnianych dwóch autorów. Ale i dziś każdy myślący chirurg stara się praktyczne doświadczenie pogodzić z teoryją, i dla tego trzeba zastanowić się nad kwestyją używania rozpylacza i ze stanowiska teoretycznego. Nie zamierzam tu rozpisywać się obszernie nad tą kwestyją; czytelnika, którego ona zajmuje, odsyłam do właśnie wspomnionéj pracy. Muszę tu jednak przytoczyć kilka uwag nad zarzutami podniesionemi przez niektórych autorów przeciw moim dowodom.

W pracy téj zastanowiwszy się dokładnie nad działaniem rozpylacza doszedłem do wniosku, „że rozpylacz po za szpitalem jest zupełnie zbytecznym, w szpitalu zaś da się zupełnie zastąpić przez irygacyje antyseptyczne“. Powody były następujące: 1) Zakażenie rany przez powietrze w obec innych źródeł zakażenia mianowicie przez ręce, gąbki, narzędzia i t. p. ma znaczenie nader podrzędne i można wśród pomyślnych stosunków higijenicznych wcale nie zwracać na nie uwagi; 2) działanie mechaniczne rozpylacza polegające na strącaniu drobin pyłu z powietrza nie przynosi samo przez się żadnego pożytku dla rany, lecz owszem może jéj szkodzić; 3) chemiczne działanie rozpylacza jest dla rany korzystném, ale nie dla tego, że oczyszcza powietrze, lecz dla tego, że zlewa samą ranę płynem przeciwgnilnym i tém samém robi ją nieodpowiednią dla bakteryj. Ten wpływ bezsprzecznie bardzo korzystny można jednak osiągnąć i przez irygacyję rany płynem przeciwgnilnym.

Przeciw tym wywodom wystąpili w sposób mniéj lub więcéj stanowczy Wernich [1], Maass [2] i Rydygier [3].

Rydygier przedewszystkiém jest tego zdania, że cały sposób mego dowodzenia już z samego początku jest niedostateczny, gdyż uwzględnia wyłącznie tylko zakażenie z powietrza. Popiera swoje zapatrywanie zdaniem Wernicha, że rozpylacz oprócz zadania usunięcia niebezpieczeństwa powstałego przez zakażenie rany z powietrza ma jeszcze zadanie, poprawić przypadkowe błędy wynikłe z zanieczyszczenia przez ręce, narzędzia i t. p. Na zarzut ten nie mogę się zgodzić z dwóch przyczyn. Raz dla tego, że wynalazca rozpylacza Lister podał go wyłącznie tylko jako przyrząd oczyszczający powietrze, i że po nim prawie wszyscy chirurgowie, a prawdopodobnie i Rydygier sam, używali go przez szereg lat tylko w tym celu. Rozdziały poświęcone rozpylaczowi w przytoczoném już raz dziele Watsona Cheynego przemawiają tak dobitnie za tym sposobem pojmowania Listera, że nie potrzeba dalszych dowodów. Moje wywody musiały się tedy opierać przedewszystkiém na zdaniu ogólnie przyjętém. Pojmowanie rozpylacza jako środka do naprawienia przypadkowych błędów przeciwko antyseptyce, powstało dopiero w nowszych czasach, a zwolennicy jego bronią w ten sposób konieczności jego od chwili, gdy poczęto powątpiewać o jego znaczeniu w celu oczyszczenia powietrza.

Powtóre ja sam w rozprawie swéj dochodzę do wyniku, że chemiczne działanie rozpylacza nie dotyczy tylko wyłącznie zarodków w powietrzu, ale przez zmywanie i impregnacyję rany środkiem przeciwgnilnym powstrzymuje wszelkiego rodzaju zakażenie. Na str. 746 wyraźnie powiedziałem, że irygacyja antyseptyczna (mająca właśnie zastąpić rozpylacz) ma działać przeciw zakażeniu powietrza a nadto ma jeszcze spełnić ważniejsze może zadanie, t. j. poprawić przypadkowe wykroczenia przeciw antyseptyce.

Co do pierwszéj części mego twierdzenia, że zakażenie przez powietrze ma znaczenie nader podrzędne, to godzą się na to dziś nawet ci chirurdzy, którzy stale trzymają się rozpylacza; właśnie to, że się go uważa za sposób ochronny przeciw innym źródłom zakażenia, jest wyraźnym tego dowodem. Nie mam przeto powodu zatrzymać się dłużéj przy téj okoliczności.

Na drugie moje twierdzenie co do mechanicznego dzia-

[1]) *Die Abschaffung des Spray. Deutsche med. Wochenschrift 1880, 48.*
[2]) Referat w *Centralblatt für Chirurgie 1880, Nr. 51.*
[3]) Czy spray stanowi część potrzebną sposobu przeciwgnilnego? Przegl. Lek. 1881, Nr. 26 i 27.

łania rozpylacza Rydygier nie zgadza się. Za daleko by to prowadziło, i byłoby rzeczywiście zupełnie bez korzyści obszerniéj tu zastanowić się nad mojemi odnośnemi doświadczeniami i wysnutemi z nich wnioskami jako téż przeciwnemi doświadczeniami Rydygiera; wystarczy, jak sądzę, kilka słów. Wychodziłem z zasady podanéj przez Listera, któréj się pierwéj wszyscy chirurdzy trzymali, że należy używać rozpylacza podczas operacyi i zmiany opatrunku, ale nie przedtém; przez doświadczenia doszedłem do tego zdania, że przy tym sposobie działania rozpylacza drobiny pyłu a względnie zarodki zawieszone w powietrzu w większéj ilości opadają na ranę niż bez rozpylacza, że więc mechaniczne działanie rozpylacza raczéj może szkodzić aniżeli pomódz. Natomiast wyraźnie mówię w dopisku (str. 745) i w drugiéj rozprawie, która wkrótce potém się pojawiła [1]), że jest nader odpowiedniém, zwłaszcza w miejscach zakażonych, przed osłonięciem rany stosować na jakiś czas mgłę karbolową dla mechanicznego oczyszczenia powietrza; zwłaszcza radziłbym to czynić przed laparotomiją.

Rydygier z góry przypuszcza, że rozpylacz musi już działać przez jakiś czas przed operacyją. Przez doświadczenie podobne do mojego dowodzi, że skoro przez jakiś czas większa ilość drobin pyłu w skutek działania rozpylacza opadła, powietrze staje się czyściejszém, a więc potém mimo rozpylacza względnie mniéj prochu opada na ranę. Że rozpylacz przy takim sposobie działania, które jednak z pewnością nie odpowiada intencyi i zapatrywaniu przed tém ogólnie przyjętemu, musi działać korzystnie, można także bardzo łatwo wykazać na podstawie moich doświadczeń, a tém samém zgadzają się nasze wyniki w istocie. Trudno więc zrozumieć, dlaczego Rydygier mimo to twierdził, że na podstawie teoretycznego rozumowania i na podstawie doświadczeń doszedł do wprost przeciwnego zdania.

Muszę jeszcze wreszcie zastanowić się nad 3cim punktem dotyczącym chemicznego działania rozpylacza i odeprzeć zarzuty Maassa i Rydygiera. W tym kierunku przyłączyłem się do zdania już przez H. Buchnera wypowiedzianego, że działanie rozpylacza na tém głównie polega, że napaja ranę płynem przeciwgnilnym i tém samém zamienia ją w nieodpowiedni grunt dla rozwoju bakteryj; działanie zaś płynu rozpylacza na zarodki powietrzne, nim opadną na ranę, jest nader słabe, gdyż zwykle używane płyny w obec mocnego rozcieńczenia i krótkiego działania nie wywierają żadnego znaczniejszego wpływu na zarodki.

Rydygier zarzuca mi naprzód, że nie udowodniłem, iż płyny używane w zwykłém zgęszczeniu w obec krótkiego tylko zetknięcia się nie są w stanie zniszczyć zarodków w powietrzu. Widać, że zupełnie musiał przeoczyć, iż zaraz na wstępie rozprawy opierałem się na pracach Nägelego, Buchnera, Frischa i Wernicha, którzy tak jasno wykazali, że działanie kwasu karbolowego jako środka zabijającego bakteryje jest ograniczoném, że osobny dowód w tym kierunku z méj strony byłby zbytecznym. Zresztą wybitny dowód, że słabszy kwas karbolowy nie jest w stanie zniszczyć zarodników trwałych (*Dauersporen*), które głównie stanowią zarodki powietrzne, znajdujemy w klasycznéj pracy Roberta Kocha pod tytułem *„Ueber Desinfection“* w 1szym tomie sprawozdań z cesarskiego Urzędu zdrowia (Berlin 1881). Według Kocha 3% rozczyn jest zupełnie bez wpływu na wrażliwe względnie zarodniki wąglika mimo stykania się przez 24 godzin. Po 2 dniowém działaniu widać lekkie upośledzenie rozwoju a dopiero po 7 dniowém działaniu zarodki nie są już wcale w stanie się rozwijać. Nawet 5% kwas karbolowy musi przez 2 dni działać, zanim niszczy zarodki prątków wąglikowych. W obec tych wyników możemy powiedzieć, że 2—3% kwas karbolowy rozpylacza działając prawie tylko przez chwileczkę na zarodki powietrza jest całkiem bez wpływu i sądzę, że dziś nikt już nie zechce bronić rozpylacza w tym kierunku.

Zarówno Maas jak i Rydygier zaprzeczają, jakoby przeciwgnilne działanie rozpylacza polegało na napojeniu rany ciągłą warstwą środka antyseptycznego opadającą w formie deszczu, i że już nieznaczne ilości tego środka ku temu wystarczają. I w tym kierunku praca Kocha podaje nam najlepsze wyjaśnienie. Koch przekonał się, że kwas karbolowy powstrzymuje rozwój zarodników wąglikowych przy rozcieńczeniu 850 do 1250 krotném. Rozcieńczenie 1250 krotne odpowiada 0·08%. Dla powstrzymania rozwoju zatém wystarczy już nader mała ilość środka przeciwgnilnego, podczas gdy te same środki ze względu na zniszczenie zarodków nader słabo działają nawet w najmocniejszém z używanych rozczynów. Dla powstrzymania rozwoju innych mikroorganizmów dostających się z powietrza do płynów odżywczych trzeba według Kocha kwasu karbolowego cokolwiek mocniéj zgęszczonego (mniéj więcéj w rozcieńczeniu 500 krotném). Nie jest to jednak niemożliwém, żeby niektóre mikroorganizmy nie były jeszcze wrażliwszemi aniżeli zarodniki wąglikowe. W rozprawie mojéj podaję wprawdzie, że kwas karbolowy na ranach powstrzymuje rozwój bakteryj już w rozczynie 0·02—0·03%. Nie waham się przyznać dziś, że te liczby są nieco za niskie, muszę jednak nadmienić, że podałem je w przybliżeniu i to na podstawie doświadczeń, które w obec nowszych sposobów badania podanych przez Kocha trzeba nazwać bardzo pobieżnemi.

Choć jednak cyfry przezemnie podane są za niskie, to przecież doświadczenia moje nie tracą na znaczeniu. Napełniłem 4 szeregi epruwetek płynem odżywczym sterylizowanym. Jedne wstawiłem do pieca o ciepłocie 35°C zatkawszy je poprzednio watą, drugie zaś wstawiłem zupełnie otwarte. W pierwszym szeregu nie rozwinęły się żadne bakteryje, w drugim zaś rozwijały się, dostarczając dowodu, że zarodki, które się tam z powietrza dostały, były powodem ich rozwoju. Trzeci i czwarty szereg wystawiłem równocześnie przez pewien czas na działanie rozpylacza, jeden szereg następnie zatkałem watą, drugi pozostał otwartym i wstawiłem je również do pieca. W żadnym z tych dwóch ostatnich szeregów nie rozwinęły się bakteryje; rozpylacz więc w obu szeregach powstrzymywał ich rozwój. Ponieważ w czwartym szeregu i po zadziałaniu rozpylacza ciągle zarodki z powietrza podobnie jak w drugim szeregu musiały się dostawać do epruwetek, to tłumaczyłem sobie powstrzymanie rozwoju bakteryj w ten sposób, że kwas karbolowy, który się dostał do płynu odżywczego z rozpylacza, powstrzymał ich rozwój. Niemniéj jednak Maas a z nim i Rydygier nie godzą się na to tłumaczenie. Ponieważ w inny sposób wyjaśnić sobie tego nie mogę, to byłoby bardzo pożądaném, gdyby Maas i Rydygier podali, jakie wnioski z tego doświadczenia wysnuli.

Dodać tu jeszcze muszę, że Rydygier nie chce zgodzić się na moje zdanie, że rozpylacz podczas laparotomii

[1]) *Ueber die Anwendung der Antisepsis bei Laparotomieen mit besonderer Rucksicht auf die Drainage der Peritonealhöhle, Langenbecks Arch. XXXVI, 1.*

jest zbyteczny; ponieważ jednak on sam dla szczególnych powodów przy laparotomijach nie używa rozpylacza, przeto sądzę, że tego zarzutu nie można brać całkiem na seryjo.

Wreszcie chciałbym jeszcze jedną uczynić uwagę. Obrońcy rozpylacza z zanadto wielkim naciskiem zwracają uwagę na tę okoliczność, że on najlepiéj usuwa błędy, które przypadkowo zaszły podczas operacyi. Tak np. mówi Wernich, „że może się zdarzyć, że uprzejmy i pilny gość ulegnie pokusie i dotknie się pola operacyjnego palcem nie zamaczanym w kwasie karbolowym," a Rydygier pisze „właśnie przy zwykłych codziennych operacyjach często bardzo ręce nasze stykają się z przedmiotami, których nie możemy nazwać czystemi w znaczeniu aseptycznem, np. ze stołem operacyjnym, włosami, sukniami itp. Narzędzi i zasuwek nie wkładamy zawsze do naczynia na ten cel przeznaczonego, ale często gdzieś obok na stół." Mojém zdaniem jest to bardzo niebezpieczném, jeżeli przy operacyi antyseptycznéj dopuszczamy się tak grubych błędów i spodziewamy się, że rozpylacz je poprawi. Operator należycie wyćwiczony w zasadach antyseptyki nie dopuści się wprawdzie nigdy tak ciężkich grzechów: mniéj wprawny jednak, uważając mgłę karbolową za tak dzielny środek antyseptyczny niweczący wpływ szkodliwy wszystkich błędów, z tém mniejszą troskliwością będzie przestrzegal innych ostrożności. Już więc z tego powodu życzyć sobie należy, żeby rozpylacz został zupełnie wyrugowany, żeby za to każden lekarz przestrzegał reszty zasad rzeczywiście istotnych i poczuwał się do odpowiedzialności nawet za najmniejsze uchybienie. (C. d. n.).

IV. O wpływie dymu tytoniowego na ustrój ludzki i zwierzęcy.

Rzecz czytana na III Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w r. 1881.

Przez Dra Tadeusza Żulińskiego we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 3).

Sok ten tytoniowy zadawaliśmy zwierzętom: na język, do kanału pokarmowego, na skórę obnażoną z naskórka, wstrzykiwaliśmy roztwór wodny tegoż do tkanek, a nadto żaby umieszczaliśmy w wodzie, do któréj dodawano po kilka jego kropli.

Skutek działania w ogóle był zawsze daleko gwałtowniejszy i prędszy, niżeli dymu tytoniowego. Żaba, któréj jednę kroplę tego soku wlano np. do pyszczka, zaczęła się zaraz gwałtownie rzucać na wszystkie strony, następnie drżeć, a w końcu wśród kurczu mięśni brzusznych i tężca ogólnego zdechła w 15—20 minut.

Niekiedy dla wywołania tych objawów u żab trzeba było dawać po dwie a czasami nawet i po trzy krople tego soku, lub zagęszczonego dymu.

Równie jak przez przewód pokarmowy zadawany sok ten, tak i wstrzykiwany pod skórę, i nalewany na skórę pozbawioną naskórka, działał zawsze podobnie.

Króliki, którym naraz dawano po 2—6 kropel soku tytoniowego w ten sam co i żabom sposób, dostawały wszystkich powyżéj przy dymie tytoniowym opisanych objawów, ale nie równie prędzéj i gwałtowniéj i z tą różnicą, że nosa łapą nie tarły, a krew przy sekcyi okazała się zawsze ciemną a nie jasno-czerwoną, jak w zatruciu dymem tytoniowym.

Różnica ta co do barwy krwi zwierząt doświadczanych i trutych dymem tytoniowym, a sokiem jego, każe naturalnie przypuszczać, że oprócz nikotynu, który jako trucizna dawany zwierzętom nie sprawia nigdy krwi jasno-czerwonéj, działa jeszcze i wpływa i inny składnik dymu. I to naprowadziło nas na konieczną potrzebę badania wpływu i działania innych składników dymu.

Doświadczenia te przeprowadziliśmy w następujący sposób. Przedewszystkiém postanowiliśmy przekonać się, czy dym tytoniowy pozbawiony nikotynu jest dla ustroju zwierzęcego szkodliwy czy nie, i jak działa na niego.

W tym celu dym tytoniowy wpuszczany do drewnianego domku, przepuszczaliśmy przez wodę silnie zakwaszoną kwasem siarkowym a nawet i przez sam kwas siarkowy.

W ten sposób, jak wiadomo, zatrzymuje się nietylko nikotyn z dymu, ale także i amoniak i inne zasady, jakieby tu były.

Otóż okazało się, że gaz ten działa trująco na żaby, króliki i inne zwierzęta, ale znacznie powolniéj i nie tak gwałtownie, że śmierć następuje dopiero w 1—2 godzin. Drżenia, drgawek ani tężca tu nie bywa. Czułość zachowuje się, następuje tylko chwianie się, przy ogólném mięśniowém osłabieniu i porażeniu łap przednich.

Krew zwierząt trutych tym gazem była zawsze jasnoczerwoną, cynobrową a tkanki różowe.

Dowód więc najlepszy, że nie wyłącznie nikotyn tylko w dymie wpływa trująco na ustrój.

W gazie tym po usunięciu nikotynu, amoniaku i innych zasad przez kwas siarkowy działać może kw. węglowy, niedokwas węgla, kwas pruski, siarkowodór, ciała aromatyczne, jak kolidyna i inne węglowodory.

Dla usunięcia więc niedokwasu węgla, który jak wiemy w dymie tytoniowym znajduje się zawsze w dość znacznéj ilości, przepuszczaliśmy go następnie przez roztwór chlorku miedziawego w kwasie solnym, który go dokładnie pochłania.

Trujące własności dymu pozbawionego tego składnika jakkolwiek w działaniu swém i szybkości słabły, pozostały jednak zawsze trującemi, tak dla żab jak i dla królików. Krew tylko zwierząt w nim ginących nie była już jasno-czerwona, ale ciemna. Co najlepiéj dowodzi, że barwa jasno-czerwona krwi zwierząt oddéchających i trutych dymem tytoniowym zależy głównie od niedokwasu węgla.

Badaliśmy krew taką próbą sodową i widmową, i otrzymywaliśmy zawsze wyraźne w niéj smugi między D—E gałczenia tlenko-węglowego.

Idąc daléj w usuwaniu z dymu tytoniowego składników trujących, przepuszczaliśmy go następnie przez ług potażu gryzącego, który oprócz kwasu węglowego pochłaniał kwas pruski i inne lotne kwasy. W ten sposób otrzymany a raczéj oczyszczony dym był gazem przeźroczystym, ale miał woń silną i nieprzyjemną, a na przebywające w nim zwierzęta działał choć powoli, ale zawsze jeszcze stanowczo osłabiająco i trująco. Woń ta nieprzyjemna przypominająca nieco woń tytoniu, zależała głównie od ciał aromatycznych dymu tytoniowego, jakoteż niezbadanych dotąd jeszcze węglowodorów.

Dr. Le Bon, któremu udało się otrzymać z wielkiéj ilości tytoniu kilka grm. kolidyny, t. j. jednego z owych ciał aromatycznych, w stanie oleistego płynu, robił z nią specyjalne doświadczenia na zwierzętach i przekonał się, że środek ten działa podobnie gwałtownie i trująco, jak nikotyn i kwas pruski, tylko działanie jéj inaczéj się zawsze objawia. Nie

wywołuje bowiem tężca i utraty czucia, ale tylko porażenie łap przednich, osłabienie i śmierć.

Czwarta część kropli wstrzyknięta pod skórę żaby w 10 minut wywołała jéj śmierć. Dwudziesta zaś część uśmierciła żabę dopiero w trzy godziny, co znaczy, że trucizna działać tu może i powoli.

Doświadczenia te dokonywane z wszelką swobodą na zwierzętach, ułatwiają nam znacznie oryjentowanie się co do fizyjologicznego i toksykologicznego działania dymu i składników jego na ustrój człowieka, z którym tak systematycznych jak ze zwierzętami doświadczeń robić nie możemy.

Używaliśmy, jakeśmy to już powyżéj wspomnieli, do badań ludzi, którzy nigdy nie palili tytoniu, umiarkowanych palaczy i namiętnych. Posiłkowaliśmy się téż nadzwyczajnemi przypadkami otrucia i różnemi stanami patologicznemi, powstałemi skutkiem ostrego lub przewlekłego zatrucia tytoniowego, które skrzętnie przez lat kilkanaście zbieraliśmy.

Jeżeli śledzić będziemy człowieka, który po raz pierwszy zacznie palić tytoń i oddechać jego dymem, wtedy stosownie do długości palenia i ilości spotrzebowanego przezeń tytoniu, spostrzeżemy następujące objawy: pewne szczypanie i pieczenie w jamie ustnéj i gardzielowéj; większe gromadzenie się śliny; nudności i mdłości; gniecenie i bóle w dołku podsercowém; zawroty i bóle głowy; bladość i pot zimny na skórze; wymioty; drżenie i ogólne osłabienie. Z początku uczuwa człowiek pewne podniecenie i ruchliwość większą; oddechy i bicie serca przyspieszają się a potém stopniowo zwalniają, następują przypady duszności i trudniejszego oddechania, a serce bić zaczyna coraz wolniéj i nieregularnie. Wydzielanie moczu i stolca jest obfitsze i częstsze, a palącego ogarnia ogólny niepokój.

To są objawy, przez które każdy z palaczy przechodził przy rozpoczęciu palenia, które jednakże występują ostrzéj lub słabiéj, nietylko stosownie do wieku, siły ustroju i stanu zdrowia palacza, ale także stosownie do gatunku tytoniu i długości sposobu jego palenia.

Stwierdziliśmy to na bardzo licznych, a dokładnie przeprowadzonych spostrzeżeniach, robionych na różnego wieku ludziach zupełnie niepalących.

Zupełnie podobne objawy widzieliśmy i na ludziach, którzy sami nie palili tytoniu, ale pozostawali tylko czas dłuższy w powietrzu, przepełnioném dymem tytoniowym. Widzimy więc, że przez oddéchanie dym tytoniowy dostaje się łatwo do ustroju naszego.

Otóż jeżeli człowiek pomimo tych powyżéj opisanych objawów pozostaje dłużéj jeszcze w dymie tytoniowym, lub daléj pali, z umysłu, jak to miało miejsce np. w owych zakładach o palenie, o których wspominają prof. Chevalier i Helwig, gdzie zakładający się wypaliwszy po kilkanaście jedna za drugą fajek (12—28) pomarli, wszystkie objawy te wyż opisane potęgują się coraz to bardziéj, tak że owa trudność oddéchania zamienia się w duszność, niekiedy bardzo bolesną, tętno staje się przepuszczającém, a serce bije coraz słabiéj. Boleści z pod dołka sercowego rozchodzić się zaczynają po całym brzuchu, t. j. po kiszkach, a wymioty stają się cuchnące. Osłabienie ogólne i mięśniowe wzrasta tak znacznie, że w skutek zwolnienia zwieraczów tak pęcherza moczowego jak i kiszki stolcowéj mocz i kał odchodzą często mimowoli. Źrenice nadto się rozszerzają. Występują zresztą drgawki, tężec i śmierć.

Oto jest w streszczeniu obraz działania dymu tytoniowego na ustrój ludzki.

Podobne skutki wywoływał dym tytoniowy według opisu Wrighta, u ludzi, którzy przez nakadzanie się, a raczéj siedzenie nad tytoniem palącym się na węglach, chcieli sobie ulżyć w cierpieniach hemoroidalnych. (*Annal. d'hygiene publique etc.* 1874 t. 18).

Sok tytoniowy nadto używany w celach lekarskich na skórę ludzką, szczególnie pozbawioną naskórka, wywierał na ustrój ludzki przez wessanie do krwi równie szkodliwe a podobne skutki. Dowodzą tego liczne doświadczenia i przypadki.

I dymu tytoniowego pozbawionego nikotynu próbowaliśmy i doświadczaliśmy także na ludziach. Wciąganie tegoż z gazometru jak z fajki, i zaciąganie się nim, wywoływało znaczne drażnienie w ustach, w gardzielu i na błonach śluzowych przewodu oddechowego, a nadto u nieprzywykłych do palenia sprawiało nudności, bóle i zawroty głowy, a z początku silne bicia serca, po dłuższém zaś oddechaniu i ogólne osłabienie.

Doświadczaliśmy tego niejednokrotnie na nas samych, robiąc długie doświadczenia na zwierzętach z dymem tytoniowym, w ten sposób pozbawionym pojedynczych składników.

Postrzeżenia te, ściśle prowadzone, dają nam więc wszelkie prawo do wnioskowania o skutkach dymu tytoniowego u człowieka.

Poznawszy w ten sposób objawy działania dymu tytoniowego na ustrój ludzki i zwierzęcy, zastanówmy się z kolei nad tém, zkąd one pochodzą? Innemi słowy, jak dym tytoniowy fizyjologicznie działa na ustrój ludzki.

Dym tytoniowy ażeby mógł wywrzeć wpływ na ustrój ludzki, musi się koniecznie dostać do krwi, a to odbywa się zazwyczaj w dwojaki sposób, a mianowicie: 1) dostaje się wraz z powietrzem do płuc przez oddechanie, palenie i zaciąganie się dymem, i 2) przez rozpuszczanie się dymu w ślinie jamy ustnéj i dostawanie się z nią do żołądka. Działanie więc jest zawsze naprzód miejscowe od zewnątrz, a potém od wewnątrz przez krew, pochłaniającą składniki jego. Ś l i n i e n i e się, jakie spostrzegaliśmy szczególnie u królików, jakotéż p l u c i e n a d m i e r n e palaczy, oraz w początku stan zaczerwienienia a następnie nieżyt błony śluzowéj gardziela i przewodów nosooskrzelowych, tłumaczy się tém, że dym tytoniowy rozpuszcza się w ich wydzielinie, drażni je, wznieca przekrwienie, i pobudza gruczoły do obfitszego wydzielania.

Im się to częściéj powtarza, tém téż i większe jest przekrwienie i bywa większa ilość wydzieliny. Błona śluzowa nabrzmiewa, rozpulchnia się i czerwieni. I oto początek przewlekłych nieżytów palaczy.

Przekonaliśmy się, że dym tytoniowy pozbawiony nikotynu silnie zawsze drażni błony śluzowe i zwiększa ich wydzieliny. Amonijak odgrywa tu nie małą rolę jakotéż inne ostre składniki, dowodzi to, że wydzielania tego nie możemy tyle uważać za skutek działania nikotynu na krążenie, ile raczéj za następstwo drażnienia włókien nerwowych pobudzających wydzielanie.

W małéj ilości i z początku, jak wiadomo, nikotyn drażni nerwy wydzielnicze, ale w większych dawkach i długo używany poraża je. Ztąd tłumaczy się skąpe stosunkowo plucie starych namiętnych palaczy.

W skutek ciągłego dostawania się śliny nasyconéj dymem tytoniowym do żołądka, błona jego śluzowa również ciągle ulega drażnieniu. Palenie w ilości umiarkowanéj i rzad-

kie, drażniąc gruczoły żołądkowe i pobudzając nerwy ruchowe żołądka i kiszek, zwiększa niekiedy trawienie. Po dłuższém atoli paleniu powiększa się zawsze przekrwienie błony, przez co wywiązują się przewlekłe nieżyty żołądka, brak apetytu, jakotéż i porażenie mięsni przewodu pokarmowego. (C. d. n.)

V. Oceny i sprawozdania.

Robert Koch: **O gruźlicy.**

Koch przeznaczył swoją najnowszą rozprawę: „o gruźlicy" do drugiego tomu „Roczników niemieckiego Urzędu zdrowia," który ma wyjść najdaléj po upływie miesiąca. Przytaczamy wyjątki z téj rozprawy:

Autor na podstawie doświadczenia, że prątki gruźlicze tylko w cieplocie wyższéj nad 30°C. żyć i mnożyć się mogą, i to tylko jeżeli nie ma przewagi innych prątków, wypowiada zdanie bardzo ważne pod względem profilaktycznym, że prątki gruźlicze mogą się rozwijać tylko w ustroju zwierzęcym, a względnie ludzkim. Sąto więc pasorzyty w ścisłém znaczeniu, w przeciwstawieniu np. do prątków wąglikowych, które się rozwijają po za ustrojem zwierzęcym i tu właściwie powstają ich zarodniki.

Jak w ogóle nie ma przykładu na pewno stwierdzonego, żeby prątki nieszkodliwe mogły się zamieniać w odpowiednich warunkach na szkodliwe i naodwrót, tak nie ma téż podstawy do przypuszczenia, że ze zwyczajnych prątków mogą powstać prątki gruźlicze przez odpowiednią hodowlę. A jakkolwiek musimy przypuścić, że prątki gruźlicze wytworzyły się z innych prątków, to jednak stawszy się prawdziwemi pasorzytami przybrały pewne niezmienne własności.

Bardzo wiele prątków ginie dostawszy się na zewnątrz; wobec jednak tak rozpowszechnionéj choroby i w obec tego, że jak doświadczenia Fischera i Schila wykazują, prątki utrzymują swą żywotność w plwocinach gnijących 43 dni a w plwocinach zasuszonych nawet do 186 dni, mają one dość sposobności dostać się do innego ustroju. Najwięcéj więc zaraźliwemi są plwociny zasuszone, tém bardziéj, że te właśnie najłatwiéj mogą ujść uwagi innych osób a cząsteczki ich mogą się dostać w postaci pyłu zawieszonego w powietrzu razem z cząstkami włókien roślinnych lub włosów zwierzęcych itd.; w ten jedynie sposób udzielić się może jad gruźliczy przez wdychanie. Aby się stale zagnieździć w ustroju, potrzebują one pewnych warunków; im te więcéj sprzyjają, tém zakażenie jest szybsze i pewniejsze. Najwięcéj sprzyja takiemu zagnieżdżeniu się brak przybłonka błony śluzowéj narządu oddechowego wytwarzający się skutkiem nieżytu np. w odrze. Ważne znaczenie ma także wadliwa budowa klatki piersiowéj, niedozwalająca dostatecznych ruchów oddechowych i usposabiająca do zalegania wydzieliny w oskrzelach.

Najczęstszą drogą, którą się dostaje jad gruźliczy do ustroju, są płuca, lecz zakażenie może nastąpić i innemi drogami, np. jest bardzo prawdopodobném, że pierwotna gruźlica gruczołów limfatycznych powstaje skutkiem dostania się prątków do nich przez nadwyrężoną skutkiem wyprysku lub innych spraw chorobowych warstwę przyskórkową.

O wiele mniejsze znaczenie aniżeli plwociny suchotników ma gruźlica zwierząt domowych, bo zwierzęta, jak wiadomo, nie wytwarzają plwocin; więc też nie mogą wydzielać na zewnątrz prątków dróg oddechowych a także i w wypróżnieniach ich jelit wyjątkowo tylko można znaleźć prątki. Co się zaś tyczy mleka zwierząt gruźliczych, to nie ulega wątpliwości, że ono może dać powód do zakażenia. Obok tego sposobu mogą ustroje zwierzęce tylko po śmierci przez spożywanie mięsa stać się źródłem zakażenia, i wtedy zmiany pierwotne wytwarzają się w przewodzie pokarmowym. Ponieważ jednak zmiany pierwotne w przewodzie pokarmowym są o wiele rzadsze aniżeli w narządzie oddechowym, można już z tego wnosić, że zakażenie przez spożywanie mięsa zwierząt gruźliczych należy do rzadkości; gruźlica przewodu pokarmowego jako sprawa drugorzędna, wywołana przez połykanie własnych plwocin, jest bardzo częstą.

Mleko krów dotkniętych perlicą tylko wtedy sprowadzić może zakażenie, jeżeli w niém są prątki, zdarza się to w tych przypadkach, w których znajdują się zmiany gruźlicze w gruczołach mlecznych. Autor przechodzi kolejno objawy gruźlicy, starając się je sprowadzić niejako do wspólnego mianownika. Że różne indywidua i różne narządy tych samych indywiduów bardzo różnie oddziaływają na prątki, zależy to z jednéj strony od ilości tych ostatnich, z drugiéj strony od odporności ustroju, a względnie jego pojedyńczych narządów.

Ponieważ prątki gruźlicze nie wykonywają ruchów, potrzebują do swego posuwania się prądu cieczy, ale gruzełki, jak wiadomo, nie posiadają naczyń tylko ich zaczątki; więc nie może tu być mowy o tem, jakoby posuwanie to odbywało się za pomocą krwi przepływającéj przez gruzełki i zabierającéj za sobą prątki, tylko trzeba przypuścić, że rolę przenośników przyjmują na siebie komórki wędrujące.

O gruźlicy wrodzonéj wypowiada K. takie zapatrywanie: Nie ma żadnych podstaw do przypuszczenia, żeby prątki gruźlicze miały się znajdować w ustrojach dzieci w życiu płodowém lub pozamacicznem, a nie wywoływały żadnych zmian, a ponieważ zmiany gruźlicze u płodów i noworodków należą do wielkich rzadkości, więc nie zarodki chorobowe jako takie przechodzą z rodziców na dzieci, tylko pewne własności, które ułatwiają rozwój późniéj się dostających zarodków, a te własności są właśnie tém, co nazywamy usposobieniem.

Wreszcie zwraca K. uwagę, że Cohnheim już przed odkryciem prątków uważał gruźlicę za chorobę zakaźną a więc jego doświadczenia nie posunęły sprawy naprzód, tylko się przyczyniły do tego, że zapatrywanie Cohnheima zyskało ogólne uznanie.

Co do leczenia K. nie żywi wcale zbyt optymistycznych nadziei, aby można znaleźć środki niszczące prątki a nieszkodzące ustrojowi, ale tém większy nacisk kładzie na leczenie ochronne za pomocą odpowiednich środków odrażnych i przez przestrzeganie, aby prątki nie dostawały się do ustrojów zdrowych. Autor przyznaje sam, że wszystkie kroki w celach ochronnych przedsięwzięte będą się musiały liczyć ze stosunkami społecznemi i dla tego zaleca wielką przezorność i rozwagę pod tym względem, aby nakład i szkody wynikłe z kroków profilaktycznych nie przewyższyły spodziewanego rezultatu. (*Wiener med. Blätter* 1884, Nr. 1, 2).

Dr. Otto.

Prof. Schulz (w Gryfii): **Przyczynki do leczenia błonicy.**

W pierwszéj części swojego wykładu wylicza S. środki najważniejsze, używane dotąd przeciw błonicy; nad każdym zastanawia się porównywając działanie tegoż z działaniem innych i uwzględniając jego zalety i wady. Dłużéj zatrzymuje się przy pilokarpinie poleconym przez Guttmanna, który chciał przez użycie tego środka działać niejako na ogniska chorobowe od wewnątrz: wśród zwiększonych wy-

dzielin w jamie ustnéj i połykowéj odrywają i rozpuszczają się błony wrzekome i w ten sposób uwalnia się od nich miejsca dotknięte; jest to niejako mechaniczne spławianie błon rzekomych, istoty chorobotwórcze zawarte w nich nie zostają jednak wcale tym sposobem niszczone, a co pozostaje w jamie połykowéj, pośredniczy nadal w szerzeniu się sprawy chorobowéj.

Zdaniem S. należy postarać się o środek, któryby działał w obu kierunkach: nie tylko mechanicznie usuwał nowo powstałe błony, lecz niszczył sam przyrzut choroby, a środkiem takim jest rtęć, względnie jéj przetwory. Myśl tę poruszył już dawniéj Edlefsen, a Rothe podawał już od pewnego czasu chorym swoim sinek rtęciowy w 71 przypadkach zawsze z dobrym skutkiem. Graefe polecał wcierania szaruchy w przebiegu zapalenia spojówki błonicowego.

Działanie przetworów rtęciowych w przebiegu błonicy ma polegać na pewniku, że cała ilość wchłoniętego przetworu rtęciowego bywa wydzielaną jako chlorek rtęciowy. Miejsca dotknięte sprawą chorobową charakteryzują się mnóstwem gruczołów, skoro tedy chlorek rtęciowy dostanie się do ogólnego krążenia i znajdzie się w wydzielinach owych gruczołów, może działać skutecznie przeciw wszystkiemu, co w drodze napotyka i niszczyć jad błonicowy już w saméj krwi. Jakkolwiek ilość rtęci wydzielanéj tą drogą jest nader małą przy zwykłém leczniczém podawaniu téjże, to część wydzielonéj bywa znowu chłoniętą tak, że dawki sumują się i osiąga się rezultat działania znaczniejszy. Wprawdzie rezultaty tego sposobu leczenia nie są zbyt pocieszające, ale doświadczając w klinice prof. Moslera miał do czynienia z przypadkami daleko posuniętemi lub z groźnemi powikłaniami saméj błonicy. S. nie zaleca wstrzykiwań podskórnych przetworów rtęciowych, podawał on zazwyczaj wewnętrznie w formułce przepisanéj przez Rothego: Sinku rtęciowego 0.01 na 120·0 grm. wody dest. łyżkami lub łyżeczkami co godzina odpowiednio do wieku chorych. Nie gani jednak używania kalomelu lub sublimatu z tém zastrzeżeniem, że dawki powinny być tak małe, żeby niesprowadzały żadnych objawów ze strony narządu pokarmowego. (*Deutsche med. Woch.* Nr. 1, 1884). *Dr. Schaitter.*

Prof. Henoch: **O pląsawicy**.

W Towarzystwie lekarskiém berlińskiém niedawno temu miał prof. H. wykład o różnych formach pląsawicy z uwzględnieniem tak nazwanéj przez siebie pląsawicy elektrycznéj (*chorea electrica*). Zdaniem jego zdarza się pląsawica u dzieci niżéj lat 6 w ogólności daleko rzadziéj, niż to West w swéj statystyce podaje (pośród 1697 przypadków pląsawicy, zestawionych przez Westa, było tylko 67 przypadków niżéj lat 4 a 158 między 4tym a 5tym rokiem życia). W ostatnim bowiem np. roku obserwował H. tylko 4 przypadki pląsawicy u dzieci niżéj lat 6, z których jednak 2 różniły się zupełnie od zwykłéj pląsawicy (*chorea minor*), gdyż przebieg choroby w obu tych przypadkach był przewlekły, połączony ze zmiennem jużto polepszaniem jużtéż pogorszaniem się stanu choroby, a powtóre, ponieważ ruchy pląsawicze w przeciwieństwie do zwyczajnéj pląsawicy zawsze ustawały przy wykonywaniu ruchów zamierzonych prof. H. nie zalicza do zwykłéj pląsawicy dwóch tych przypadków, jak również i wielu innych podobnych, w których ruchy pląsawicze istniały. I tak przed 20 już laty wyróżnił jednę formę pląsawicy pod nazwą pląsawicy elektrycznéj. Podówczas nie mógł nic napotkać w literaturze, coby téj formie odpowiadać mogło z wyjątkiem jednéj małéj pracy: „*Sur le Tic convulsif*“, w któréj opisane były podobne błyskawicze kurcze w zakresie nerwu twarzowego, podczas gdy od czasu ogłoszenia téj formy pląsawicy pojawiło się wiele podobnych przypadków, podanych przez Trousseaua, Bergerona, Cadeta i innych. Z pomiędzy dwóch najświeższych przypadków obserwowanych przez prof. H. dotyczył pierwszy przypadek 12letniego chłopca, u którego błyskawicze kurcze już od 5 lat istniały w zakresie mięśnia czołowo-potylicowego, drugi zaś przypadek odnosił się do 11letniego chłopca, u którego, podobnie jak u pierwszego, powstało cierpienie skutkiem przestrachu, pojawiały się kurcze w zakresie wielu mięśni tak nagle, jak gdyby były wywołane krótkim prądem przerywanym, a nadto występowała chwilowa utrata mowy i słyszeć można było chrapliwy ton wśród ciężkiego wdechu. Pod wpływem leczenia za pomocą prądu stałego ustały zupełnie kurcze; zdaniem jednak H. leczenie elektryczne nie daje zawsze pewnéj rękojmi zupełnego usunięcia choroby.

Daléj zdarzają się w pląsawicy elektrycznéj takież błyskawicze kurcze, które są jednak połączone z istotnemi kurczami pląsawiczemi.

Jeżeli więc wykluczymy i tę formę pląsawicy od właściwéj pląsawicy, to musimy najprzód uwzględnić jako formę téj ostatniéj tak zwaną przypadową pląsawicę (*chorea symptomatica*), która ma zależeć od pewnych materyjalnych zmian w ośrodkach nerwowych. Forma ta zdarza się w gruźliczém zapaleniu osłon mózgowych i w gruźlicy mózgu. W jednym tego rodzaju przypadku, gdzie zapalenie osłon mózgowych rozpoczęło się od bardzo silnego napadu, podobnego do epileptycznego, zachowywała się późniéj lewa połowa ciała zupełnie prawidłowo, podczas gdy prawe ramię i prawa noga, szczególnie przy budzeniu dziecięcia ze śpiączki, gwałtownym rzutom na wszystkie strony ulegała.

Badanie pośmiertne wykazało oprócz gruźlicy wszystkich prawie narządów gruzełek wielkości orzecha laskowego w lewym wzgórku wzrokowym, a więc po przeciwnéj stronie choréj połowy ciała. Ponieważ zapatrywanie, że właśnie to miejsce odgrywa pewną rolę przy objawach pląsawicy połowiczéj, drżączki i t. p., coraz większém cieszy się uznaniem, dla tego przypadek ten zasługuje na naszą uwagę. Prof. H. nadmienia atoli zarazem, że przy obecności gruzełków w móżdżku i wzgórkach wzrokowych nie koniecznie wystąpić muszą ruchy pląsawicze, jak to u 4letniéj dziewczyny napotkał, która przez $3\frac{1}{2}$ miesiąca w jego klinice leżała, że powtóre w zwykłéj gruźlicy mózgu bez współcierpienia wzgórków wzrokowych przecież pląsawica się pojawia, że wreszcie w opisanym przypadku pląsawica była utajoną aż do wystąpienia gruźliczego zapalenia opon mózgowych. Jeżeli więc nie chcemy przypisywać wyłącznego znaczenia gruźlicy wzgórków wzrokowych, to przecież przyznać musimy, że nawet u dzieci pewne zmiany w mózgu (najczęściéj gruzełki) są w stanie wywołać pląsawicę. Do téj saméj kategoryi należy u dorosłych pląsawica tak zwana poporażenna (*chorea posthemiplegica*). W ogólności jest prof. H. zdania, że wszystkie formy częściowéj pląsawicy o wiele groźniejszego są znaczenia, niż formy ogólnéj pląsawicy.

Drugą formę odmienną od tak zwanéj pląsawicy mniejszéj, stanowi pląsawica macinnicza (*chorea hysterica*). Trousseau przytacza tego rodzaju przypadki, obserwowane u starszych panien, u których ruchy pląsawicze w połączeniu z ma-

cinnictwem istniały. U dzieci, u których macinnictwo istnieć może, nie spostrzegł H. wyraźnych form tego rodzaju pląsawicy.

Do trzeciéj grupy zalicza H. zwykłą pląsawicę *(chorea minor)*. Jest ona właściwą chorobą dzieci, i odznacza się ograniczoném trwaniem, kończy się prawie zawsze wyzdrowieniem, jakkolwiek posiada wielką skłonność do powrotów, i wyszczególnia się wreszcie brakiem wszelkich zboczeń w czuciu i brakiem porażeń, które, chociaż tu i owdzie pojawić się mogą, nie są przecież nigdy istotnemi porażeniami, lecz tylko stanami przemijającego osłabienia mięśniowego. Do téj formy chorobowéj najwięcéj jest zbliżoną u dorosłych pląsawica ciężarnych.

We wszystkich tych formach pląsawicy bez względu na jéj przyczynę jest jednaki właściwy rodzaj ruchów. Musimy dla tego téż dopatrywać jednego i tego samego źródła tych ruchów. Ponieważ ruchy pląsawicze polegają na zaburzoném kojarzeniu ruchów a nie na kurczach drgawkowych, jak się to w tężcu lub epilepsyi zdarza, przeto pląsawica polegać musi na drażnieniu bliżéj nam nieznanego ośrodka kojarzącego ruchy. Pierwotnie oznaczano jako siedzibę choroby rdzeń pacierzowy, opierając się głównie na doświadczeniu, że zwierzęta po odcięciu głowy wykonywają jeszcze często ruchy jak przy lataniu lub skakaniu, i że ruchy pląsawicze chorych psów trwają jeszcze daléj po przecięciu rdzenia pacierzowego. Jednakowoż już wpływ chloralu i snu, wśród którego pląsawica ustaje, wskazuje, zdaniem H., że raczéj mózg jest siedzibą choroby, a nie rdzeń pacierzowy.

Za tém zapatrywaniem przemawiają nadto zmiany w psychiczném zachowaniu się, jak np. płaczliwe, drażliwe usposobienie, które się spotęgować może do halucynacyj, zachwytu a nawet obłędu, daléj objawy pląsawicy połowiczéj, współudział mięśni twarzowych, a wreszcie niezaprzeczony wpływ wzruszeń psychicznych na powstanie choroby. I tak w przypadkach spostrzeganych przez H. wywoływał najczęściéj przestrach bezpośrednio pląsawicę.

Musimy więc uważać za źródło ruchów pląsawiczych drażnienie nieznanego nam jeszcze ośrodka kojarzącego ruchy w mózgu. Drażnienie to wywołane być może: 1) przez bezpośrednie materyjalne przyczyny, w skutek czego powstaje pląsawica przypadowa i 2) przez bodźce, tak zwane dynamiczne, do których należą bodźce psychiczne i odruchowe. Do tych ostatnich należy ciąża, podczas gdy czerwie niesłusznie zalicza się do przyczyn wywołujących pląsawicę. Jako dalszy przykład pląsawicy na odruchowéj podstawie spoczywającéj przytacza H. przypadek, który prof. Demme obserwował. U 13miesięcznego dziecięcia z rozpadliną ujścia stolcowego *(fissura ani)* występowała po lewéj stronie pląsawica na 3 lub 5 dni przed oddaniem kału, co się zaledwie co 10 dni odbywało. W 3 do 5 godzin po oddaniu stolca znikała pląsawica, a po zagojeniu się rany ustąpiła na zawsze. Dalszą przyczyną pląsawicy są: 3) zmiany krwi istniejące np. w niedokrwistości lub po pewnych chorobach zakaźnych (płonicy, błonicy, odrze), a wreszcie 4) gościec. Zdaniem H., nie należy występującéj w gośćcu pląsawicy tłumaczyć odruchowém podrażnieniem pochodzącém od osierdzia, gdyż zdarza się ona nietylko w ostrym gośćcu stawowym, niepołączonym wcale ze schorzeniem serca, ale także w bezgorączkowém cierpieniu gośćcowém, jak np. w gośćcu mięśni karkowych (*torticollis*). (*Berliner Klin. Wochenschrift* Nr. 52 1883). *Dr. Prus.*

C. Braun Fernwald: **Dwanaście operacyj cięcia cesarskiego według metody Porry.**

Operacyje te wykonano w przeciągu sześciu lat. W 11 razach trzymał się B. ściśle metody Porry, raz zapuścił kikut maciczny w jamę brzuszną, a chora umarła w skutek zapalenia otrzewny wywołanego prawdopodobnie krwotokiem następowym z kikuta. Wskazanie zawsze było bezwzględném. Miednice zwężone były częścią skutkiem krzywicy (9), częścią skutkiem rozmiękczenia kości (3); wszystkie o wymiarze prostym niżéj 6 cm. Na 12 przypadków osiągnięto zupełne uzdrowienie 7 razy, częściowy rezultat raz, śmierć nastąpiła w 4 przypadkach. Dzieci wydobyto 11 żywych, jedno pozornie nieżywe. Ciężar dzieci wynosił od 2.200 do 3.700 grm. Cztery ostatnie operacyje wykonano przed rozpoczęciem jeszcze porodu, pierwsze ośm wśród bólów porodowych.

Na podstawie korzystnych takich wyników poleca B. gorąco metodę Porry z modyfikacyjami Müllera, Hegara, Veita i sądzi, że w ten sposób wykonywać ją może każdy lekarz praktyczny na prowincyi. (*Wiener med. Wochenschr. 1883 45, 46*). *Dr. Kohn.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie administracyjne Tow. lek. krak. odbyte d. 9 stycznia 1884.
Przewodniczący kol. Obaliński. Obecnych członków 30.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i bez zmian przyjęto.

2) Kol. Obaliński ustępując z urzędu przewodniczącego nadmienia, iż jedyném jego staraniem przez cały ciąg urzędowania było dobro Towarzystwa: o ile zaś z tego zadania się wywiązał, nie do niego oceniać należy. Po tém przemówieniu zabiera głos kol. Rydel; oddając ustępującemu przewodniczącemu należne uznanie za sumienną i gorliwą pracę około rozwoju Towarzystwa wzywa obecnych, aby mu przez powstanie podziękowali. Wniosek ten jednomyślnie przyjęto.

3) Nastąpiło odczytanie sprawozdań pojedyńczych członków Zarządu Towarzystwa z czynności roku ubiegłego, w następującym porządku:

a) Sprawozdanie Sekretarza stałego kol. Jordana;
b) „ Podskarbiego kol. Zarewicza;
c) „ Biblijotekarza kol. Murdzieńskiego;
d) „ Komisyi redakcyjnéj przez kol. Grabowskiego;

e) kol. Mars zdaje sprawę z kontroli rachunków za rok ubiegły tak kasy Towarzystwa jak i kasy Przeglądu Lek. Oświadcza, iż znaleziono je w największym porządku i wnosi, aby Zgromadzenie udzieliło obu kolegom zawiadującym kasami (koll. Zarewiczowi i Grabowskiemu) absolutoryjum i wyraziło im podziękowanie za całoroczną czynność. Wniosek ten jednomyślnie przyjęto. Sprawozdawca czyni daléj wniosek, aby dla zachęcenia autorów Towarzystwo wyznaczyło rocznie pewną kwotę na wynagrodzenie najlepszéj pracy w „Przeglądzie Lek.“ w ciągu roku umieszczonéj. Po przemówieniu kol. Redaktora, który sprzeciwia się temu wnioskowi stanowczo twierdząc, iż zachęta taka w obec stanowiska Przeglądu jest zbyteczną, Zgromadzenie uchwala na wniosek Przewodniczącego odesłać tę sprawę do Komitetu.

f) Sprawozdanie Komisyi balneologicznéj przez kol. Ściborowskiego.
g) „ Komisyi sprawozdawczéj do roczników Virchowa i Hirscha przez kol. Oettingera.
h) „ delegata do komisyi sanitarnéj miejskiéj kol. Paszkowskiego.

4) Kol. Jordan przedstawia Zgromadzeniu do przyjęcia do wiadomości projekt zmian Statutu Tow. lek. galicyjskich. Po dłuższéj dyskusyi, w któréj brali udział koll. Kohn, Oettinger,

Jordan, Rydel i Przewodniczący, Zgromadzenie zgadza się na przedstawione zmiany statutu.

5) Po załatwieniu tych spraw administracyjnych dotychczasowy Przewodniczący kol. Obaliński, dziękując Towarzystwu za zaufanie, którém go obdarzyło, zaprasza wybranego Prezesa kól. Kwaśnickiego do zajęcia swego miejsca. Nowowybrany przewodniczący w dłuższéj przemowie wyraża swą wdzięczność za powołanie go do spełniania tak zaszczytnych obowiązków, które w myśl statutu wykonywać będzie. Główną zwróci uwagę na wypełnianie posiedzeń Towarzystwa poważną ilością i doborową jakością odczytów i to we wszystkich gałęziach wiedzy lekarskiéj. Dla tego wzywa kolegów specyjalistów do zdawania sprawy na tychże posiedzeniach z postępu nauki w poszczególnych gałęziach medycyny: referaty takie, umieszczone w Przeglądzie Lekarskim, przyniosą z jednéj strony wielką usługę kolegom na prowincyi, z drugiéj strony ułatwią organowi Towarzystwa spełnienie jego literackiego zadania. Również zachęca mówca kolegów lekarzy praktycznych do brania czynnego udziału w posiedzeniach Towarzystwa. W dalszym ciągu zastanawia się mówca nad ogólnolekarskiém i narodowém znaczeniem Zjazdu poznańskiego, który powinien się odznaczać licznemi i doborowemi odczytami i dla tego mówca wzywa obecnych do zajęcia się tą sprawą z zapałem i energiją, na które Zjazd zasługuje. Wreszcie zaznaczając, iż usiłowania jednego człowieka nie wystarczą do dopięcia wyższych zadań Towarzystwa, oświadcza, iż liczy na poparcie tych wszystkich, którzy oddając mu swe głosy poniekąd do tego się zobowiązali i kończy słowami: jeśli zasada „mierz siłę według zamiarów“ jest słuszną, to zamiary jego są jak najszczersze a wola jak najlepszą.

6) Kol. Mikulicz zwraca uwagę na niewłaściwość dotychczasowego ogłaszania sprawozdań z posiedzeń Towarzystwa w Przeglądzie Lekarskim: sprawozdania te bowiem są zbyt krótkie i zbyt późno umieszczane. Czyni więc wniosek, aby w następnym zaraz numerze Przeglądu po posiedzeniu Tow. lek. szczegółowe sprawozdania z rozpraw naukowych ogłaszano. W dyskusyi nad tym wnioskiem zabierali głos koll. Obaliński, Gluziński Antoni, Oettinger, Paszkowski, Rydel, poczém na wniosek kol. Blumenstoka Zgromadzenie uchwala wniosek kol. Mikulicza odesłać do Komitetu Towarzystwa.

7) Zgromadzenie wybiera jednogłośnie Dra Kazimierza Krasuskiego, lekarza w Nowo-Mińsku, członkiem korespondentem Towarzystwa.

8) Wreszcie kol. Blumenstok zawiadamia Zgromadzenie, iż do Komisyi redakcyjnéj zaproszeni zostali koll. Jordan, Kopff i Murdzieński.

Na tém posiedzenie zakończono.

Dr. Szymkiewicz.

I. Posiedzenie zwyczajne Tow. lek. krak. z d. 23 styoznia 1884 r.

Przewodniczący kol. Kwaśnicki, członków obecnych 30.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i bez zmian przyjęto.

2) Przewodniczący zawiadamia Zgromadzenie, iż Komitet Towarzystwa na posiedzeniu d. 18 stycznia b. r. odbytém, uchwalił stosownie do wniosku kol. Mikulicza, aby odczyty i dyskusyje naukowe, odbywające się na posiedzeniach Towarzystwa, były drukiem w najbliższym numerze Przeglądu Lek. ogłaszane. W tym celu Towarzystwo dodaje Sekretarzowi do pomocy stenografa w osobie kol. Gluzińskiego młodszego.

Po krótkiéj dyskusyi uchwała Komitetu zostaje przez Zgromadzenie jednomyślnie przyjętą.

3) Kol. Schramm mówi o „laparotomii w niedrożności jelit“.

Po krótkiéj wzmiance historycznéj przechodzi mowca kolejno zarzuty podnoszone przez przeciwników laparotomii w niedrożności jelit przeciwko téj operacyi. Co do rozpoznania uważaj za rzecz bardzo ważną, że rozpoznanie ogólne niedrożności nie przedstawia zwyczajnie znacznych trudności, pomieszanie z innemi stanami chorobowemi, jak ostrém zapaleniem otrzewny, kamieniami nerkowemi lub żółciowemi, ostremi zatruciami itp. należy do wyjątków: przy nieco dłuższéj obserwacyi dadzą się one wykluczyć. Rozpoznanie szczegółowe siedziby i rodzaju niedrożności jest znacznie trudniejsze, gdyż wszystkie podawane w tym celu oznaki, jakoto miejscowy ból, wcześniejsze lub późniejsze występowanie wymiotów kałowych, skąpsze lub prawidłowe wydzielanie moczu, wzdęcie różnych okolic brzucha, rzadko są tak wybitne, aby na nich oprzeć pewne rozpoznanie. Ważne wyniki może dać badanie brzucha zwłaszcza po uśpieniu chorego, daléj badanie wszystkich bram przepuklinowych, jako też badanie odbytnicy palcem lub zgłębnikiem, przyczém można się przekonać, czy przeszkoda drożności jelit nie znajduje się w odbytnicy lub dolnéj części zgięcia esowatego. Badanie Simona uważa mówca według doświadczeń w klinice prof. Mikulicza zrobionych za niebezpieczne i nie dające pewnych wyników. Rozpoznanie ścisłe rodzaju niedrożności z wyjątkiem wgłobienia i nowotworów jest tylko w wyjątkowych przypadkach możebne, bardzo często musimy się ograniczyć do rozpoznania prawdopodobnego; téj niepewności w ścisłém rozpoznaniu nie należy jednak uważać za przeciwwskazanie do laparotomii i w takich razach laparotomija próbna jest zupełnie usprawiedliwiona, a nawet w obec małéj nadziei wyleczenia chorego innemi sposobami stanowczo wskazana.

Niemożebność wyszukania przeszkody nie jest również przeciwwskazaniem do operacyi, gdyż przypadków, w których się to zdarzyło, jest dotąd bardzo mało, a przy udoskonalonéj technice operacyjnéj można będzie ich całkiem uniknąć.

Niemożebność usunięcia znalezionéj przeszkody nie przemawia przeciw laparotomii, lecz za wczesném jéj wykonaniem. Również przy obecnym stanie chirurgii laparotomija sama przez się nie jest zabiegiem bardzo niebezpiecznym, a wreszcie w obec niepomyślnych wyników leczenia wewnętrznego téj choroby nie godzi się laparotomii zaniechać dla tego, że wyleczenia samoistne czasem się zdarzają.

Prof. Mikulicz wykonał laparotomiję w ubiegłym roku 2 razy, raz z powodu zwężlenia, drugi raz z powodu wgłobienia kiszki grubéj. Pierwszy chory mężczyzna 27-letni przybył do kliniki w 8 dniu choroby. Rozpoznanie brzmiało: niedrożność jelit prawdopodobnie wskutek skręcenia i zapalenia otrzewny. Po otwarciu jamy brzusznéj znaleziono dość obfitą wypocinę, surowiczo włóknikową, zwężlenie kiszek cienkich, które dość łatwo usunięto. Przebieg po operacyi był przez pierwsze 4 dni zupełnie pomyślny, stolec prawidłowy już w kilka godzin po operacyi. Na czwarty dzień wystąpiło zapalenie płuc. Rana w ścianie brzusznéj się rozeszła odsłaniając pętlę kiszki, w któréj przyszło do częściowéj zgorzeli. Przez powstałą przez to przetokę wylewała się prawie wszystka treść jelit i chory umarł w 4 tygodnie po operacyi z powodu wyniszczenia. Sekcyi nie było. Druga chora 24-letnia kobieta z wybitnemi objawami wgłobienia kiszki grubéj operowana była również w 8 dniu choroby. Zapalenia otrzewny nie było wcale, miejsce wgłobienia znaleziono łatwo, rozwinięcie wgłobienia długie na 30 cm. udało się z niejakim trudem. Przebieg był w pierwszych dniach zupełnie pomyślny, na 3 dzień jednak wystąpiło zapalenie płuc, w 3 tygodnie przyłączyło się zapalenie kołomaciczne, bolesność i obrzęk wątroby, ustawiczna gorączka wśród objawów ropnicy, chora umarła w 4 tygodnie. Sekcyi nie było.

Oprócz tych 2 przypadków zebrano z literatury 188 przypadków a śmiertelność z nich obliczona wynosi po laparotomii z powodu niedrożności 64·2%. W ostatnich czasach jednak wyniki téj operacyi znacznie się poprawiły, gdyż w przypadkach operowanych przed poznaniem leczenia przeciwgnilnego śmiertelność wynosiła 73%, a przy operacyjach wykonanych po roku 1872 tylko 58%.

Obok leczenia przeciwgnilnego największy wpływ na wynik operacyi ma czas, w którym operacyję się wykonywa: szanse wyleczenia są tém lepsze, w im wcześniejszym okresie choroby się operuje. W przypadkach gwałtownych, gdzie objawy wzmagają się nagle i zapad szybko występuje, nie należy się ociągać z operacyją i przystąpić do niéj już w ciągu 24 godzin. W innych mniéj nagłych przypadkach można nieco dłużéj czekać, lecz chory na czekaniu nic nie zyskuje. Wszystkie środki wewnętrzne można wyczerpać w ciągu 24 do 36 godzin. Jeżeli one w tym czasie nie pomogą, to zostaje bardzo mało nadziei, aby one późniéj mogły mieć skutek, zatém po upływie tego czasu najracyjonalniéj jest w każdym przypadku przystąpić do otwarcia jamy brzusznéj i usunięcia przeszkody rękami.

Następnie przechodzi mowca kolejno różne przyczyny niedrożności i dowodzi, że we wszystkich rodzajach bez względu

na wiek, zatém nawet u bardzo młodych dzieci, laparotomija jest wskazaną i może dać bardzo dobre wyniki, gdyż w przypadkach, gdzie po operacyi téj nastąpiła śmierć, tam prawie bez wyjątku przyczyną niepomyślnego zejścia było zapóźne wykonanie operacyi. Jedynie tylko w pewnych rodzajach wgłobień, które wystąpiły przez otwór stolcowy, odjęcie wypadłéj części kiszek może mieć pierwszeństwo przed laparotomiją. Przechodząc do opisu operacyi kładzie mowca nacisk na konieczność postępowania ściśle przeciwgnilnego i ważność spokojnego i głębokiego uśpienia. Najlepsze jest cięcie w linii białéj, tylko przy bardzo wybitnym obrzęku w jamie brzusznéj należy się pierwszeństwo cięciu wprost nad obrzękiem. W celu powstrzymania wypadających kiszek konieczne jest przytrzymanie ich w jamie brzusznéj za pomocą kompresów wygotowanych i leżących w ciepłym 1% roztworze karbolu, poczém następuje szukanie przyczyny niedrożności jakotéż jéj usunięcie. Przy niepewném rozpoznaniu dobrze jest szukać miejsca zaciśniętego przez kolejne wyciąganie pętli jelit aż do miejsca przeszkody. W razie jeżeli przeszkoda leży głęboko w miednicy małéj, może być konieczne wyjęcie kiszek na zewnątrz jamy brzusznéj, przyczém należy je owinąć w ciepłe przeciwgnilnie przygotowane kompresy. Po usunięciu przeszkody, przyczém postępowanie według jéj rodzaju i stanu kiszki musi być oczywiście różne, następuje toaleta otrzewny i zespojenie rany brzusznéj. W pewnych przypadkach wgłobień i skręceń, w których kiszka okazuje dążność do powracania w nieprawidłowe położenia, może być wskazane przyczepienie najruchliwszéj pętli jelita do ściany brzusznéj. Dalszy los operowanych rozstrzyga się zwyczajnie w ciągu pierwszych 24 godzin, po upływie których szanse wyleczenia rosną prawie z każdą godziną.

W końcu opisuje mowca polecaną przez niektórych autorów punkcyję jelita lub otwarcie kiszki (enterotomiję), i porównywając tę operacyję z laparotomiją przyznaje téj ostatniéj stanowczo pierwszeństwo. (Dok. n.)

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Zjazd IV. międzynarodowy weterynarzy w Brukseli od 10—16 września 1883.

Po załatwieniu spraw biurowych zajmował się Zjazd 1. Sprawą organizacyi służby weterynarskiéj; 2. Zarazą płucną; 3. Sprawą nauki weterynarskiéj; 4. Utrzymywaniem aptek weterynarskich, i zakazem utrzymywania tychże przez empiryków; 5. Perlicą.

Co do zarazy płucnéj zapadły następujące uchwały:

A. Rozróżnienie choroby.

1. Każde zapalenie płuc zrazikowe i zarazem międzyzrazikowe niezależne od przyczyn miejscowych urazowych uważać należy za zaraźliwe. 2. Ze stanowiska fizyjologicznego cechuje się zaraza płucna na zwierzęciu żywém głównie zaraźliwością i objawami zapalenia płuc zrazikowego. 3. W stajni zapowietrzonéj: *a)* należy uważać bydlę jako zarazą dotknięte, gdy okazuje stan gorączkowy albo przypady cierpienia płucnego; *b)* jako podejrzane o zarazę każde zwierzę znajdujące się w stajni zapowietrzonéj, albo jeżeli w czasie ostatnich 3ch miesięcy tamże przebywało albo w inny sposób mogło być na tę chorobę narażone.

B. Środki ochronne przeciwko zarazie.

1. Ponieważ zaraza płucna pod względem policyjno-sanitarnym jest chorobą czysto przyrzutową i nie da się uleczyć, przeto należy użyć przeciwko niéj wszelkich środków, jakie przeciw zaraźliwym, zabójczym i nieulecznym chorobom są wskazane. 2. Zwierzęta zarażone i podejrzane o zarazę należy jak najrychléj zabić. 3. Zwierzęta podejrzane o zarazę i narażone na nią należy oddzielić albo zabić. Zabicie zwierząt podejrzanych o zarazę jest głównie wtedy wskazane, jeżeli choroba wyjątkowo albo pierwszy raz wybuchnie w stajni wyraźnie z liczną oborą albo w takiéj okolicy. Doświadczalnie stwierdzono, że bydło rogate przez szczepienie da się od zarazy płucnéj uchronić. 5. Szczepienia ochronnego nie należy przedsiębrać, jeżeli zaraza płucna nie panuje w okolicy; szczepienie z konieczności, t. j. wtedy, gdy zaraza pomiędzy dobytkiem panuje, można dopuścić, ale nie powinno być obowiązkowe. 6. Szczepić powinien zawsze tylko weterynarz. 7. Nie dowiedziono, aby zwierzę zaszczepione mogło zarazić zdrowe zwierzę. 8. O szczepieniu zwierząt należy donieść właściwéj władzy. 9. Zwierzęta odosobnione należy oddzielnie spisać i opatrzyć piętnem. 10. Zwierzęcia podejrzanego o zarazę nie wolno bez pozwolenia władzy policyjnéj miejscowéj wyprowadzać ze stanowiska. Wolno zwierzęta takie tylko transportować pod dozorem policyjnym wśród warunków szczególniejszych i zdolnych zapobiedz szerzeniu się zarazy. 11. Każdą sztukę bydła na sprzedaż przeznaczoną należy zaopatrzyć w świadectwo zdrowia stwierdzające, że nie panowała zaraza w okolicy, z któréj zwierzę pochodzi w ostatnich 6 tygodniach. 12. W przypadkach, jakie ma oznaczyć weterynarz, można zarządzić, aby targów nie odbywano, nie wprowadzano jednokopytnych zwierząt z okolic podejrzanych, aby odbywały zwierzęta kwarantanę, stawiano na drogach prowadzących do zapowietrzonych obór albo okręgów znaki ostrzegające, umieszczano tabliczki ostrzegające, rozpowszechniano pouczenia drukowane o obowiązkach i środkach mających na celu zapobiedz pojawieniu i szerzeniu się zarazy. 13. Ściśle kontrolować należy nie tylko zwierzęta, ale także *a)* targowice bydła; *b)* bydło umieszczone czasowo w stajniach w pobliżu targowic; *c)* stajnie z liczniejszym dobytkiem, w którym się bydło często zmienia i gdzie choroba już kilkakrotnie wybuchała. 14. Odosobnienie musi trwać przynajmniéj 45 dni od czasu, jak się zakończył ostatni przypadek choroby. 15. Po zniesieniu zamknięcia należy wypalić bydłu drugie piętno, któreby znosiło znaczenie pierwszego. 16. Mięso bydlęcia bitego można dopuścić do spożywania przez ludzi tylko za zezwoleniem weterynarza oglądającego bydlę. 17. Skóry można użyć, jeżeli przynajmniéj 24 godzin mokła w jakim płynie odwietrzającym. 18. Zwłoki i części tychże niezdatne do spożycia należy albo zakopać albo tak zmienić, aby wcale nie było szkodliwe. 19. Stajnie, place targowe i sprzęty służące do przewożenia chorego i podejrzanego bydła należy pilnie oczyścić i odwietrzyć i to pod dozorem weterynarza. 20. Do stajni należycie odwietrzanéj można znowu bydło wprowadzać. 21. Pastwiska przez chore bydła używane należy zamknąć przez 14 dni po opuszczeniu go. 22. Wszystkie przedmioty, osobliwie narzędzia używane przy biciu i zakopaniu chorych i podejrzanych bydląt, należy zniszczyć albo w właściwy sposób odwietrzyć. Słomy i siana można użyć dla koni albo dla innych bydląt jednokopytnych. 23. Osoby powalane odpadkami chorych i podejrzanych bydląt powinny sobie ręce obmyć, ubranie oczyścić albo wymyć a obuwie odwietrzyć właściwym płynem. 24. Osoby i zwierzęta mogące przewlec zarazę powinny się z dala trzymać od bydląt chorych, od ich zwłok i ich odpadków. 25. Szkodę za bydło bite z polecenia rządu i za odwietrzanie należy wynagrodzić właścicielowi. Odszkodowanie ma wynosić $^4/_5$ wartości bydlęcia, a gdy bydlę po sekcyi okazało się zdrowém, całkowitą wartość bydlęcia; wartość części zdatnych do użycia należy odciągnąć od sumy szacunkowéj. 26. Postępujących przeciwko tym przepisom policyjnym należy surowo karać. 27. Dobra organizacyja policyi weterynarskiéj najwięcéj zapewnia stosowne użycie polecanych środków. 28. Ostatnim i dzielnym środkiem dla stłumienia zarazy płucnéj byłoby użycie tych znanych środków, jakich używają przeciwko mszycy w winnicach. Międzynarodowa zgoda co do głównych zasad stanowić powinna podstawę odnośnéj ustawy przeciwko zarazie.

Po długiéj dyskusyi powzięto co do perlicy następujące uchwały: Mięso i trzewa z bydląt perliczych można dopuścić do spożycia tylko w tym przypadku, jeżeli choroba dopiero się rozwijała, do małéj części ciała była ograniczoną, gruczoły nie były perlicą zajęte i złogi gruźlicze nie uległy rozpadowi; zresztą mięso powinno okazywać cechy mięsa dobrego i stan zdrowia bydlęcia podczas bicia być zadawalający. Mięsa pochodzącego z bydląt perliczych nie wolno wywozić w obcą miejscowość i nie wolno go sprzedawać w jatkach. Mięso i trzewa okazujące zmiany gruźlicze lub pochodzące z bydląt z wyraźném zakażeniem gruźliczém należy polać naftą i zakopać. Łój wytopiony i skóra z takich zwierząt może być użytą. Oględzin bydląt perliczych ma dopełniać weterynarz i ten oceni, czy mięso może być dopuszczoném do spożycia. Mleko pochodzące ze zwierząt zapadłych na gruźlicę albo o nią podejrzanych nie powinno służyć ani ludziom ani zwierzętom na pokarm. Sprzedaż takiego mleka powinna być surowo zabronioną.

Śmiertelność we Lwowie. W tygodniu od 6 do 12

stycznia rb. zmarło we Lwowie (liczącym 115.544 mieszkańców łącznie z 6.000 załogi wojskowéj) 76 osób, co odpowiada 34·2 na rok i 1000 ludzi. W tym czasie zmarło z chorób zakaźnych 3 osoby z dyfteryi, 3 z dławca, 2 z duru brzusznego.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 13—19 stycznia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 41,7. Z ospy umarło 5 (7 z. t.); z odry 1 (0 z. t.); z płonicy 5 (5 z. t.); z błonicy 3 (0 z. t.); z duru brzusznego 1 (1 z. t.); z róży 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 7 przypadkach ospy, 1 ospianki, 3 płonicy, 1 błonicy, 1 duru brzusznego, 1 duru osutkowego. W tygodniu od 6—12 stycznia umarło w Londynie 2 z ospy, leczyło się w szpitalach 117. świeżo zapadło 25. W Paryżu umarło 2, w Budapeszcie 4, w Murcyi i Nowym Orleanie po 5, w Birminghamie i Warszawie po 7, w Maladze 22, w Pradze 33, w Madrasie (od 17—23 listopada) 42. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu, Warszawie, Amsterdamie i Saragosie po 1. Z Aleksandryi nie doniesiono o żadnym przypadku śmierci z cholery. W Kalkucie umarło z cholery od 11—17 listopada osób 26, w Bombaju od 5—11 grudnia 3, w Madrasie od 17—23 listopada 17.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 6—12 stycznia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 36,4; we Lwowie 42,3; w Poznaniu 25,2; w Warszawie 32,7; w Budapeszcie 27,6; w Pradze 35,7; w Tryjeście 33,0; w Berlinie 24,9; w Hamburgu 27,3; w Gdańsku 31,3; we Wrocławiu 30,0; w Mnichowie 30,8; w Dreźnie 34,2; w Lipsku 26,9; w Bazylei 20,9; w Brukseli 30,6; w Amsterdamie 30,0; w Paryżu 25,5; w Londynie 19,4; w Kopenhadze 23,6; w Stokholmie 22,9; w Chrystyjanii 14,1; w Petersburgu 34,0; w Odesie 32,4; w Rzymie 30,0; w Wenecyi 34,7; w Bukareszcie 29,1; w Lizbonie 38,6; w Aleksandryi 32,1; w Filadelfii 23,0; w Bombayu 30,8; w Madrasie 41,9. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 30 stycznia. Prymaryjusz w szpitalu św. Łazarza, Dr. Aleksander Zarewicz, potwierdzony został przez pana Ministra Oświecenia jako docent prywatny dyjagnostyki chorób syfilitycznych w Uniw. Jagiell.

* Mianowany niedawno profesorem docent prywatny i pierwszy asystent kliniki chirurg. w Berlinie, Dr. Temistokles Gluck, jest synem krakowianina, i wychowańca Uniw. Jagiell., Dra Teofila Glücka, który przed laty przeniósł się z Krakowa do Jass a ztamtąd do Bukaresztu, gdzie dotąd żyje.

* Z „*Medycyny*" dowiadujemy się, że prof. Cohnheim w Lipsku ciężką złożony jest niemocą, cierpi on na zapalenie nerek z następowemi zmianami w sercu, które obecnie są dlań powodem wielkich dolegliwości. Cohnheim liczy zaledwie lat 41.

○ **Lwów.** Doroczne Walne Zgromadzenie Tow. lek. gal. odbędzie się tu w sobotę dnia 23 lutego o godzinie 10téj. Wszystkie Sekcyje zostały przez Radę zawiadowczą osobném pismem zaproszone do wyboru Delegatów na to Zgromadzenie.

* **Wiedeń.** W piątek d. 8 lutego Towarzystwo lekarskie odbędzie posiedzenie swe w zakładzie prof. Strickera, gdzie odbędą się demonstracyje przy świetle elektryczném.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Radca dworu prof. nadzw. pedyjatryi Widerhoffer przedstawiony został przez Wydział lek. jednogłośnie do nominacyi na prof. zwyczajnego. — Dr. Möller, b. asystent prof. Vogla, potwierdzony został jako docent higijeny. — Dr. Edward Zillner, asystent prof. Hofmanna, habilitował się jako docent prywatny medycyny sądowéj i przedłożył pracę o tłuszczowosku.— **Praga.** Z powodu dekoracyi udzielonéj przez Cesarza prof. Maschka przyjęty został przez uczniów swych okrzykami hucznemi a osobna reputacyja wyraziła mu uczucia radosne ze strony wdzięcznéj młodzieży.

* **Wiadomości osobowe.** Mianowani zostali starszymi lekarzami rezerwy: Drowie Atanazy Świstuń i Władysław Białkowski.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 4: Rosego: O upuście krwi w chorobach serca (c. d.) — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 4: Hoyera: O mikroskopowém badaniu grzybków chorobotwórczych; Kamockiego: Ostre lepieże łącznicy. Neugebauera: Dalszy przyczynek do nauki o pośrodkowém zeszyciu pochwy (dok.)

Redakcyja otrzymała:

Dra Józefa PAWIŃSKIEGO: Badania kliniczne nad arytmiją serca w ogóle, a w szczególności przy wadach zastawek, wraz z 7 tabl. Warszawa 1884, in 8vo str. 328.

Prof: Dr. MIKULICZ i Dr. SCHRAMM: Przyczynki do chirurgii. Część I, 1883. (Osobne odbicie z Przeglądu Lek.) in 8vo str. 99.

Prof. Dr. MIKULICZ: Przyczynek do techniki operacyjnej i następowego leczenia raka migdałków. (Osobne odbicie z Przeglądu Lek. 1883), in 8vo str. 9.

Tenże: Wgłobienie i wypadnięcie jelita grubego przez kiszkę stolcową, wycięcie kawałka jelita 76 cm. długiego, wyleczenie. (Osobne odbicie z Gazety Lek. 1883), in 8vo str. 7.

Tenże: Przyczynki do plastycznéj chirurgii nosa. (Osobne odbicie z Gazety Lek. 1883) in 8vo str. 10.

Dr. Karol SZADEK: K'woprosu o pozdnem nasledstwennom syfilisie. (Przyczynek do kwestyi o kile późnéj odziedziczonéj). (Osobne odbicie z Medicinskago Wiestnika na r. 1883), in 8vo str. 19.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 6 lutego o godzinie 6téj popoł. w Sali Akademii Umiej. posiedzenie zwykłe, na którém: 1) odbędzie się w dalszym ciągu dyskusyja nad wykładem kol. Schramma o laparotomii, następnie 2) kol. Kopernicki przedstawi czaszki murzyńskie, nadesłane przez Rogozińskiego i wykaże cechy téj rasy; 3) wreszcie kol. Blumenstok zda sprawę z przypadku sądowolekarskiego.

Sprostowanie. Na str. 61 Przegl. Lek. szp. 2, w. od góry 2, zam. 1%, ma być 1‰; w. 3, zam. 2,5%, ma być 2,5‰.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**



Syrop Dr Zed

KODEINA I BALSAM TOLUTAŃSKI

jest środkiem łagodzącym i uśmierzającym nieocenionym dla dzieci w wypadkach bezsenności, kokluszu, etc. przeciw kaszlom nerwowym osób cierpiących na suchoty, słabościom organów oddechowych, nieżytom, katarom, i. t. d.

PARYŻ, ULICA DROUOT, 22 I 19

W Lwowie w aptekach PP. K. Mikolascha, Ruckera, A. Sklepińskiego, Krzyżanowskiego, Naklika.
W Krakowie w aptekach PP. Trauczyńskiego, Redyka, Wiszniewskiego.
W Warszawie w aptekach PP. D. T. Heinricha, Barcza, Wendy i Wiorogórskiego w składach mat. aptecznych PP. Spiessa i Syna, Mrozowskiego, L. Zieminskiego, Cierzputowskiego, etc.

QUINA LAROCHE

Z ŻELAZEM

Zalecane młodym osobom dla osiągnięcia wzrostu i rozwoju ciała, nadaje krwi siłę i kuleczki czerwone, które stanowią jej piękność; wzmacnia żołądek, obudza apetyt, leczy osłabienie ogólne, bladaczkę, lymfatyzm, skraca czas powrotu do zdrowia, etc.

PARYŻ, 22, ULICA DROUOT

W Lwowie w aptekach PP. K. Mikolascha, Ruckera, A. Sklepińskiego, Krzyżanowskiego, Naklika.
W Krakowie w aptekach PP. Trauczyńskiego, Redyka, Wiszniewskiego.
W Warszawie w aptekach PP. D. T. Heinricha, Barcza, Wendy i Wiorogórskiego w składach mat. aptecznych PP. Spiessa i Syna, Mrozowskiego, L. Zieminskiego, Cierzputowskiego, etc.

KONKURS.

Niniejszém ogłasza się konkurs na posadę Sekundaryjusza przy Jasielskim powszechnym szpitalu z roczną płacą 300 złr.

Obowiązki oznacza instrukcyja wydana przez Wys. Wydział krajowy.

PP. Drowie wszech nauk lekarskich chcący kompetować o tę posadę, zechcą należycie udokumentowane podania wnieść do tut. Zwierzchności gminnéj do 10 Lutego rb.

Jasło dnia 15 Stycznia 1884 r.

Burmistrz
Koralewski m. p.

ZAKŁAD WODOLECZNICZY

Dra J. Bielińskiego

w Nowém mieście nad Pilicą
(powiat Rawski gub. Piotrkowska).

Zakład cały rok otwarty przyjmuje chorych tak w zimie, jak i w lecie. Mieszkania ogrzane i zaopatrzone w wodę, tak że chorzy biorą kąpiele w swoich pokojach. Oszklona galeryja do przechadzek, gimnastyka, wszelkie wody mineralne. Bilard, fortepijan, czytelnia; poczta codziennie.

Wielce skuteczne leczenie wodą: w chorobach nerwowych: w katarach w ogóle a szczególniéj, żołądka, kiszek, pęcherza i macicy; w przekrwieniach wątroby i śledziony; w niedokrewności i hemorojdach, w zakażeniach: rtęciowém, syfilitycznėm, skrofulicznėm, zimniczém: w bezpłodności, otyłości, błednicy, niemocy męskiéj i w osłabieniach ogólnych.

Pora zimowa nie przeszkadza leczeniu wodą, przeciwnie sprzyja mu i podnosi jego skuteczność.

Bliższe objaśnienia **w Warszawie w aptece K. Kucharzewskiego, Senatorska 480, lub w Nowém mieście nad Pilicą w Zarządzie zakładu.**

RUDOLF THÜRRIEGL

Fabrykant chirurgicznych narzędzi

WIEDEŃ

Alservorstadt, Schwarzspanierstrasse Nr. 5.

poleca się ze wszystkiemi tego rodzaju należącemi artykułami wedle **najnowszéj** konstrukcyi.

Dokładne cenniki przesyła na żądanie **darmo.**

WINA LECZNICZE

WYROBU

KAROLA MIKOLASCHA Aptekarza we Lwowie.

WINO CHINOWE HISZPAŃSKIE jest prawdziwym wyciągiem z trzech najcenniejszych gatunków kory chinowéj mianowicie: królewskiéj, brunatnéj i czerwonéj, tak samo jak i
WINO CHINOWO ŻELEZISTE HISZPAŃSKIE, które zawiera oprócz tego bardzo łatwo przez ustrój ludzki przyswajaną sól żelazistą.
WINO PEPSYNOWE HISZPAŃSKIE zawierające pepsynę Rostocką najlepszéj jakości rozpuszczającą z łatwością fibrynę.
WINO PEPTONOWE HISZPAŃSKIE z peptonem przez Witte'go w Rostoku według metody prof. Dra Adamkiewicza wyrabianym i
WINO RZEWIENICWE (rumbarbarowe) HISZPAŃSKIE, wyciąg winny z najlepszego chińskiego korzenia rzewniowego,

Znajdują się na składach:
w **Krakowie** w aptekach: pp. Fort. Gralewskiego, Wiktora Redyka i Ernesta Stockmara;
we **Lwowie** w aptece pod Gwiazdą Piotra Mikolascha;
w **Czerniowcach** w aptece p. F. Krzyżanowskiego;
w **Wiedniu** na głównym składzie dla Austro-Węgier u p. Wilhelma Maaagera Heumarkt Nr. 3, tudzież we wszystkich aptekach większych Austro Węgier.

Cena któregokolwiek wina leczniczego **1 złr. 50 ct.** za buteleczkę $^{1}/_{4}$ litrową.

Powyższe składy utrzymują też stary **Koniak** i stare wina **Malagę**, **Tokaj** i **Wino hiszpańskie dla rekonwalescentów** z piwnic **Karola Mikolascha** we Lwowie.

Świadectwa pierwszych powag na polu kliniki chorób wewnętrznych tak z Wiednia jakoteż ze Lwowa, Krakowa i Czerniowiec znajdują się w ręku K. Mikolascha.

Wystrzegać się licznych naśladowań i fałszerstw.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 9 lutego 1884. **№ 6.** Rok XXIII.

I. O leczeniu oderwania siatkówki i jego wynikach w klinice okulistycznéj Uniw. Jagiell.

Skreślił prof. Dr. Rydel.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4).

Zawody doznane pod względem skuteczności różnych środków, zalecanych przeciw oderwaniu siatkówki, jak u wielu okulistów tak i u mnie wywołały pewien rodzaj zwątpienia, jak sądzę bardzo usprawiedliwionego. Większą mianowicie część pomysłów operacyjnych przyjmowałem z niedowierzaniem, a obawiając się nadto następstw szkodliwych, już z góry przewidywanych, powstrzymywałem się od zastósowania niejednego z nich, wierny zasadzie, że pierwszém zadaniem lekarza, niestety zbyt często zapominaném, winno być: *„non nocere.“*

W ciągu téj epoki zwątpienia, trwającéj lat kilka, zachowywałem się w przypadkach oderwania siatkówki w ogólności dość biernie. Gdzie jeszcze z wyraźnych zmian zapalnych wynikały szczegółowe wskazania lecznicze, stósowałem odpowiednie środki przeciwzapalne, jak: miejscowe upuszczenia krwi, jodek potasu, wcierania szaruchy, solne środki przeczyszczające, zalecając przytém spokojne ile możności zachowanie się w pokoju zaciemnionym. Po tym sposobie leczenia widziałem nieraz przypłaszczenie się i zmniejszenie oderwania, rozszerzenie pola widzenia i polepszenie widzenia naośnego, utrzymujące się częstokroć przez czas dłuższy, zupełnego jednak przyrośnięcia siatkówki nie udało mi się nigdy osiągnąć. W przypadkach natomiast, w których nie było wskazań do takiego leczenia, poprzestawałem zazwyczaj na zaleceniu chorym, żeby powstrzymywali się od wszelkiéj pracy ocznéj i unikali znanych wpływów szkodliwych, mogących sprowadzić dalsze pogorszenie lub przyspieszyć ostateczną utratę wzroku, albo co gorsza dać powód do wystąpienia choroby na drugiém oku, które jéj według doświadczenia nie zbyt rzadko ulegać zwykło. Czytając później, jak różne zabiegi operacyjne zrazu zachwalane nie tylko że nie dopisywały oczekiwaniom, ale z powodu groźnych następstw szły niebawem w zasłużone zapomnienie, nie miałem powodu żałować tego biernego zachowania się, a tém mniéj wstrzemięźliwości w próbowaniu operacyj, które już z góry nie trafiały do mojego przekonania.

Czynniéj zacząłem na nowo występować w przypadkach oderwania siatkówki dopiero pod wpływem otuchy, jakiéj nabrałem w obec niektórych środków w najnowszych czasach zalecanych. Do tych zaś zaliczam opaskę uciskową z leżeniem wznak, przekłówanie twardówki i wstrzykiwania pilokarpinu. Środki te zachęcały mnie do doświadczeń choćby ze względu na tę okoliczność, że ich stósowanie zdawało mi się wolném od niebezpieczeństwa pogorszenia i tak już smutnéj doli chorego. Pierwszy z tych sposobów leczenia stósowałem w szczupłéj tylko liczbie przypadków, dość często ze skutkiem względnie pomyślnym. Zupełnego wyleczenia nie widziałem po nim nigdy, po części może dla tego, że chorzy nie mieli dość cierpliwości i wytrwałości, jakich osiągnięcie tak pomyślnego wyniku w wysokim wymaga stopniu.

W stosunkowo większéj liczbie przypadków doświadczałem wpływu przekłówania twardówki i wstrzykiwań podskórnych chlorku pilokarpinu. Pragnąc, żeby czytelnik sam mógł osądzić działanie tych dwóch, obecnie najwięcéj używanych środków, pozwolę sobie przytoczyć w najkrótszém o ile można streszczeniu historje choroby 13 przypadków leczonych w mojéj klinice, trzymając się przy tém porządku chronologicznego.

Przypadek I. Wojciech T., wieśniak 53 lat w., z Górnéj wsi, przyjęty 14 marca 1878 r. Wzrok na obu oczach zawsze krótki. Przed rokiem nagle pogorszenie wzroku oka prawego, zjawiska świetlne podmiotowe, przedmioty pokrzywione; od roku stan rzekomo jednakowy. Oko lewe z—8 D $^{6}/_{36}$, oko prawe z—10D, palce na 4·0. W obu oczach szeroki tak zwany garbiak tylny, a prócz tego rozległy za-

nik przybłonka barwikowego naczyniówki. W oku prawém znaczne ruchome męty w ciałku szklaném; ku dołowi zewnątrz płaskie oderwanie siatkówki tworzy kilka fałdów barwy mleczno-białéj. Jodek potasu wewnętrznie bez skutku. 29 marca: przekłócie twardówki, przy którém wystąpiło trochę różowo zabarwionego płynu surowiczego. Opaska uciskowa, spokojne leżenie wznak. 6 kwietnia chory opuszcza klinikę na własne żądanie; wzrok i obraz wziernikowy niezmienione.

Przypadek II. Michał D., młynarz l. 23 w., z Mikuszowic, przyjęty 14 marca 1879 r. W dziecięctwie zapalenie oczu, wzrok zawsze krótki. Na oku prawém pogorszenie wzroku przed dwoma laty, w pół roku późniéj ślepota. Przed 10 dniami ugodzono go w bójce karczemnéj w oko lewe; widział natychmiast gorzéj, nazajutrz tak źle, iż się pytał, kiedy się rozwidni, choć już był dzień, przed okiem latały czarne platy. Oko prawe T—1, $V\frac{1}{\infty}$, brak lokalizacyi od wewnątrz. Oko lewe z—11 D $^6/_{60}$, Nr. 1 Jg. trudno na 0·10; środkowa plamka rogówki, liczne męty w ciałku szklaném z czerwonym odblaskiem przy oświetleniu ogniskowém, dna oka nie widać wyraźnie, ku dołowi podejrzany jasny odblask. 5 marca Heurtloup na skroń, woda gorzka, pobyt w pokoju ciemnym. 15 marca mętów mniéj, zresztą stan jednakowy, *KJ*. 28 marca ciałko szklane o tyle czyściejsze, iż ku dołowi rozpoznać można płaskie oderwanie mniéj więcéj $^1/_3$ siatkówki, tamże lekko zaćmionéj. Pilokarpinu 0·02. Do 23 kwietnia wstrzyknięto 11 razy. Stan nieco lepszy. Spokój, woda gorzka. 6 maja pogorszenie; oderwanie całéj dolnéj połowy siatkówki, w górnych częściach płaskie, odstające mocniéj ku dołowi, osobliwie ku dołowi zewnątrz, gdzie siatkówka jest mocno szaro zaćmiona i pofałdowana; z—12 D palce na 5·0. 7 maja przekłócie twardówki ku dołowi zewnątrz, sporo cieczy surowiczéj wypłynęło. Opaska, spokój w łóżku. 18 maja w ciałku szklaném mniéj mętów, oderwa nie znacznie mniejsze, z—11 D, $V^6/_{36}$, Nr. 1 Jg. na 0·10.

Przypadek III. Piotr Z., 56 l. w., wieśniak z Kopanki, przyjęty 23 kwietnia 1879. Wzrok zawsze dobry, w lutym uderzył go przy tłuczeniu kamieni mały kawałek w oko lewe. Natychmiast pogorszenie wzroku, płatki. Dolna połowa siatkówki oderwana, na poł przeźroczysta, okazuje nadto liczne, białe, nieprzeźroczyste fałdy; palce na 1·0, Nr. 22 Jg. trudno, pole widzenia od góry wewnątrz znacznie ścieśnione. Oko prawe $V^6/_6$. 24 kwietnia oko lewe palce na 2·0. Przekłócie twardówki z odpływem sporéj ilości cieczy surowiczéj. Opaska, leżenie wznak. 30 kwietnia palce na 4·0, Nr. 19 Jg., z+2D Nr. 18 Jg. Oderwanie rozpoczyna się dopiero w odległości dwóch średnic tarczy od jéj dolnego brzegu. 11 maja pole widzenia oznaczone perimetrem ma ku górze 32°. 13 maja wzrok jak 30 kwietnia, tylko na samym dole lekkie oderwanie.

Przypadek IV. Karol P., wieśniak, 46 l. w., z Niedar, przyjęty 23 maja 1880. Przed ośmiu laty ociemniał na oko prawe, na którém obecnie jest całkowity garbiak rogówki. Od 3 lat pogorszenie wzroku oka l., wzmagające się z czasem, od 3 miesięcy widzi tak źle jak obecnie. Budowa oka miarowa; palce na 3·5. Rozległe oderwanie siatkówki w dolnéj połowie, tworzy ku dołowi wewnątrz okrągłą wyniosłość, wzbudzającą podejrzenie wągra, którego jednak mimo częstego i starannego badania wykazać się nie udało. Pole widzenia oznaczone perimetrem okazuje się zewsząd ścieśnione, tak, iż chory widzi tylko w części jego dolno-wewnętrznéj ćwierci. 1 czerwca przekłócie twardówki po którém odpłynęło trochę cieczy. Opaska, leżenie wznak. 7 czerwca palce na 4·0, obraz wziernikowy niezmieniony. 9 czerwca wstrzyknięto pilokarpin, dość obfite ślinienie, mierne poty, lekkie wymioty. 10 czerwca mocne osłabienie, brak apetytu; rozpoznano *catarrh. ventr. et dilatatio. Tinct. nuc. vom.* Od 15—19 czerwca wstrzyknięto pilokarpin jeszcze trzy razy. Chory nie wymiotował więcéj, ale czuje się mocno osłabiony. Zalecono tylko opaskę i leżenie wznak. W dniu 1 lipca chory występuje na własne żądanie. Obraz niezmieniony, palce na 5·0.

Przypadek V. Rywka M., 48 l. w. z Działoszyc, przyjęta 2 czerwca 1880. Wzrok zawsze bardzo krótki; od pół roku pogorszenie wzroku oka l., przedmioty niewyraźne, pokrzywione, przesuwanie się obłoków. Oko pr. z—10 D $^6/_{..}$ nie całe, Nr. 1 Jg. na 0·12, oko l. z—10D palce na 2·0, litery Nr. 21 Jg.; dość rozległe oderwanie siatkówki od zewnątrz i dołu z odpowiedniém ścieśnieniem pola widzenia. Wstrzykiwanie pilokarpinu uskuteczniono 12 razy, bez skutku.

Przypadek VI. Chane R., 50 l. w., z Chrzanowa, przyjęta 28 grudnia 1880. Miała zawsze wzrok krótki na obu oczach. Przed 17 laty ociemniała na oko l., na którém obecnie rozpoznano: *Amotio retinae, catarracta accreta*, T—1, V=0. Przed 5 dniami uderzyła ją trzaska przy rąbaniu drzewa w oko pr., które zaraz zaniewidziało tak jak obecnie. Spojówka gałkowa krwią podbiegnięta, na dnie komórki przodkowéj zebranie krwi na 3 mm., ku wewnątrz oderwanie tęczówki na przestrzeni 4 mm.; w ciałku szklaném czarne ruchome męty, dna oka nie widać; palce na 0·30, pole widzenia nieścieśnione. Zimne okłady, atropin, woda gorzka. 30 grudnia krew z przodkowéj komórki ustąpiła, źrenica rozszerzona, ma postać odpowiednią oderwaniu tęczówki; palce na 1·5 m 5 stycznia 1881 oko blade; z—8 D palce na 3·0, ciałko szklane czyściejsze, dno oka widać; oderwania siatkówki nie ma, *staphyl. post.* dość duże. 13 stycznia znacznie mniéj mętów w ciałku szklaném. *KJ.* 28 stycznia opuszcza klinikę. W ciałku szklaném nieznaczne płatki, oderwania nie ma; z—8 D palce na 5·0, Nr. 5 Jg. hebr.

Przyjęta po raz drugi 31 marca 1881, widzi od 4 tygodni gorzéj. Oderwanie siatkówki ku górze zewnątrz wielkości tarczy n. wzr., siatkówka lekko zaćmiona; z—8 D palce na 4·0, Nr. 6 Jg. hebr., Pilokarpin, opaska, leżenie wznak. Po piątém wstrzyknięciu wystąpiła miesiączka, któréj od roku nie było. 28 kwietnia opuszcza klinikę. Oderwanie płaszsze; z—8 D palce na 5·0, Nr. 5 Jg. hebr.

Przyjęta po raz trzeci 1 czerwca 1881, widzi od kilku dni gorzéj. W ciałku szklaném więcéj płatków, oderwanie jak ostatnim razem; z—8 D palce na 5·0, Nr. 10 Jg. hebr. trudno. Po 5 wstrzyknięciach pilokarpinu znów miesiączka, któréj od kwietnia nie było. Po ustaniu miesiączki jeszcze dwa razy pilokarpin, poczém musiano zaprzestać z powodu osłabienia. 5 lipca występuje. Ciałko szklane czyściejsze, oderwanie niezmienione, czyta Nr. 5 hebr. trochę trudno. *KJ.* do domu.

Przyjęta po raz czwarty 8 lutego 1882. Po wystąpieniu z kliniki polepszenie utrzymywało się przez dwa miesiące, poczém nastąpiło znów pogorszenie; po wyżyciu 24·0 *KJ.* znów polepszenie. Od 3 tygodni znów gorzéj. Ciałko szklane jednostajnie i płatkowato zaćmione, oderwanie siatkówki ku dołowi wewnątrz, z—8 D palce na 2·0; Nr. 17 Jg. hebr. Pilokarpin. 27 lutego po 12 wstrzyknięciach ciałko szklane czyściejsze, oderwanie niezmienione, z—8 D palce 3·0.

Odtąd *KJ.*, który brała aż do wystąpienia w dniu 19 marca. Z—8 D palce na 3·0, Nr. 10 Jg. hebr. Ciałko szklane czyściejsze, oderwanie jak dawniéj.

Przypadek VII. Mińka W., z Gorlic, 45 l. w., przyjęta 29 października 1881. Wzrok zawsze bardzo krótki. Przed 4 laty ociemniała na oko lewe, nazajutrz po uderzeniu się sznurem. Przed 2 tygodniami zasłoniło jéj oko prawe po ciężkiéj całodziennéj pracy. Oba oczy okazują budowę niedomiarową w wysokim stopniu. Oko lewe miększe, soczewka zaćmiona. V=0. W oku pr. początki zaćmy, siatkówka oderwana na całym obwodzie, odstaje najmocniéj i faluje przy ruchach oka na dolno-zewnętrznym obwodzie, lekkie męty w ciałku szklaném; z—10D palce na 1·5. Gdy po sześciu wstrzyknięciach pilokarpinu, zastosowaniu opaski uciskowéj i leżeniu wznak wzrok pogorszył się, tak, iż palce liczyła tylko na 0·75, przekłółem 15/XI twardówkę ku dołowi zewnątrz, przyczém wystąpiło dość sporo cieczy surowiczéj. Operacyja pozostała na razie bez skutku. 3/XII chora opuściła zakład.

23 kwietnia 1882 przyjęta powtórnie opowiada, że po wystąpieniu z kliniki wzrok tak się poprawił, że bez przewodnika chodzić mogła, ale że od dwóch miesięcy nastąpiło znów pogorszenie. Siatkówka oderwana jak dawniéj, ciałko szklane mocniéj zaćmione; tylko ruchy ręki na 0·50. Pilokarpin, opaska, leżenie wznak. 7/V po 7 injekcyjach palce na 0·20. 15/V Przekłócie twardówki nie poprawia ani wzroku ani obrazu wziernikowego.

Przypadek VIII. Eugenija P., 17 lat w., bona z Raciborza na Szląsku pruskim, przyjęta 15/I 1882. Wzrok miała krótki od dziecka, czytała i haftowała wiele po nocach. W końcu listopada 1881 spostrzegła cień czerwonawy w wewnętrznéj połowie pola widzenia oka lewego, z powodu którego 8/XII zasięgła mojéj rady w ordynacyi prywatnéj. Znalazłem *staphyloma posticum*, silne przekrwienie siatkówki oka lewego i opuchlinę téjże w połowie zewnętrznéj. O. pr. z—9 D. $V^6/_{12}$, Nr. 1 Jg.; O. l. z—9D $V^6/_{24}$, Nr. 1 J. trudno. Gdy chora nie mogła wstąpić do kliniki, ani w ogólności oddać się w zupełności leczeniu, zaleciłem bezwzględny spoczynek oczu, ciemne okulary, wodę gorzką. Chora nie mogła zastosować się ściśle do danéj jéj rady. Przed 5 dniami zgłosiła się znów do mnie żaląc się, iż od dwóch tygodni znacznie gorzéj widzi. Rozpoznawszy oderwanie siatkówki w oku l. przyjąłem ją do kliniki, gdzie badanie wykazało: komórki głębokie, gałki oczu wydłużone, środki łamiące czyste. O. pr.: tak zwany garbiak tylny otacza tarczę n. wzr. do koła, jest ku zewnątrz najszerszy; w oku l. obejmuje tylko jéj zewnętrzną połowę, jest szeroki na $^2/_3$ średnicy tarczy, ku dołowi około $^1/_3$ całéj siatkówki oderwana, szaro zamglona, na pół przeźroczysta; rozległy zanik przybłonka barwikowego w obu oczach. O. pr. z—9D $V^6/_{12}$, Nr. 1 Jg.; o. l. z—9 $V^6/_{60}$ wątpliwe, Nr. 2 Jg. trudno, odpowiednio oderwaniu siatkówki chora widzi w górnéj połowie lewego pola widzenia niewyraźnie. 16/I. Wstrzykiwania pilokarpinu, opaska uciskowa, leżenie wznak, woda gorzka z powodu zaparcia żywota. 20/I z—9D $V^6/_{60}$ i $^6/_{36}$ wątpliwe. Nr. 1 Jg. Do 20/II wstrzyknięto pilokarpin w ogólności 16 razy. 1/III. 1882. Chora opuszcza klinikę. O. p. z—9D $V^6/_{12}$, o. l. z—9D $V^6/_{24}$ Nr. 1 Jg. biegle każdém okiem z osobna. Wziernik nie wykazuje ani śladu oderwania, pole widzenia ok. l. prawidłowe.

Chora ta przedstawiła się znów w klinice ruchoméj w dniu 5/III 1883. Badanie wykazało: O. pr. z—9D $V^6/_{12}$, O. l. z—9D $^6/_{18}$, jednèm i drugiém Nr. 1 Jg. biegle; ani śladu oderwania. (Dok. nast.)

II. Z kliniki chorób kiłowych prof. Neumanna w Wiedniu.

Przyczynek do zmian kiłowych w stawach, ścięgnach, pochewkach ścięgnistych i torebkach maziowych.

Napisał **Dr. E. Finger**,
docent i asystent kliniczny.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 5).

Sprawę kiłową ścięgien i pochewek ścięgnistych najpierw roztrząsali szczegółowo Francuzi. Gdy Verneuil (1868. *Hydropisie des gaînes tendineuses dans la syphilis. Gazette hebdomadaire S. 609)* najsamprzód zwrócił uwagę na ten przedmiot, pojawiła się wnet rozprawa Fourniera (1868 *Gaz. hebdomad. S. 645*). Fournier zwraca uwagę na to, że kiłowa puchlina wodna pochewek ścięgnistych jest szczególnie u kobiet częstszą, niż się przypuszcza, i że przedewszystkiém nawiedza prostowniki palców ręki, może jednak także zająć i inne ścięgna, jak n. p. prostownika wielkiego palca u nogi, ścięgno Achillesa, dwugłowego uda i barku, mięśnia odwracającego długiego. Fournier rozróżnia dwa rodzaje puchliny: 1) pojedyńczą puchlinę wodną pochewek ścięgnistych maziowych, z nagromadzeniem małéj ilości cieczy bez objawów zapalnych, i bez bólów i 2) zapalenie błony maziowéj, z nagromadzeniem większéj ilości cieczy, wśród objawów ostrych lub przyostrych, bolesnych, połączonych z zaczerwienieniem skóry. Twierdzenie, że oba rodzaje puchliny są natury kiłowéj opiera: 1) na częstém zajęciu u kiłowych; 2) na ich występowaniu zawsze w pierwszych miesiącach drugorzędnéj kiły; 3) na równoczesném występowaniu z objawami kwitnącéj kiły. Rozpoznanie nie zawsze jest łatwe, lecz przy staranném badaniu osób kiłowych udaje się często odnieść nieoznaczone bóle tychże do zapalenia pochewek ścięgnistych. Szczegółowiéj niż inni niemieccy autorowie omawia Volkmann (1869. Mechanika ruchu, w dziele Pithy i Billrotha str. 504) sprawy chorobowe w stawach u osób kiłowych. O wiele mniéj wiemy o zapaleniu stawów w kile. Istnienie jego dawniéj w zasadzie przypuszczano, w nowszych czasach atoli wielokrotnie podawano w wątpliwość. Tymczasem ja sam spostrzegałem kilkakrotnie w okresie ostrego występowania kiły, bo równocześnie z wysypką i gorączką, prędko przemijające przyostre zajęcia stawów, które okazywały wielkie podobieństwo do ostrego gośćca stawowego. Także często spostrzegano przyostre zapalenie jednego tylko stawu, szczególnie stawu kolanowego, które potém bardzo uporczywém się staje; w każdym razie pojawianie się ostrych i przyostrych kiłowych zapaleń opon stawowych jest o wiele więcéj udowodnioném, aniżeli pojawianie się kiłowego owrzodzenia stawu. Daleko jednak dłużéj trwało, zanim zmiany w stawach syfilityczne uznane zostały przez wszystkich lekarzy za zmiany natury kiłowéj. Tak czytamy u Bergha (1870. Przypadek zmian kiłowych w członkach palców. *Archiv für Dermatologie*): Kiłowe cierpienia stawów są dotąd mało znane, najlepiéj są tylko znane znaczne, w oczy mocno wpadające zmiany, które pochodzą od kilakowych złogów w samych kończynach stawowych albo w błonie maziowéj albo pod nią. Zdaje się jednak być niewątpliwém, że nawet między mniéj znaczącemi rodza-

jami kiłowych cierpień stawowych pojawiają się również takie, które w pewnych razach przypominają gośćcowe zapalenia opon stawowych i w których napotykamy tylko zgrubienia błony maziowéj i zwiększenie ilości cieczy stawowej. Pojawianie się takich pierwotnych kiłowych zapaleń błon maziowych, które nie powstały skutkiem kilaków sąsiedniéj okolicy, mogłoby odpowiadać zapaleniu otrzewny, które niekiedy u dzieci z wrodzoną kiłą spostrzegamy, chociaż sekcyja wykazuje tylko złogi prosowate, kilakowe, jako punkt wyjścia surowiczego zapalenia. Przebieg takich zmian stawowych występujących równocześnie z pojawianiem się innych kiłowych objawów obok braku innych momentów etyjologicznych, jakotéż ich ustępowanie po leczeniu przeciwkiłowém, nie pozwala nam sprawy inaczéj pojmować, jeno jako zajęcia kiłowe.

Riesell (1870. *Berliner klin. Wochenschrift,* Nr. 50, 51), podaje z kliniki Volkmanna przypadek, o którym wspomnimy, omawiając anatomiję patologiczną. Bäumler *(D. Archiv f. klin. Med. IX)*, zajmuje się dokładniéj sprawami chorobowemi w stawach kiłowych, podnosząc, że już w okresie wybuchu często spostrzegał bolesność, jużto jednego, jużto więcéj stawów, która sama przez się występuje, przy nacisku i ruchu się zwiększa, a nie towarzyszą jéj objawy zapalne, ani obrzmienie, ani zaczerwienienie. Nierównie częstsze w tak zwanym okresie trzeciorzędnym są według niego zmiany, które mają podobieństwo do gośćca, i tu rozróżnia on trzy grupy przypadków: 1) Przypadki, w których choroba przedstawia zupełnie obraz ostrego gośćca stawowego, z silném obrzmieniem pojedyńczych stawów, z przenoszeniem się od jednego stawu do innych. Jestto zasługą Dra Duffina, który zwrócił uwagę na nadzwyczaj zwalniający bieg gorączki w takich przypadkach i na zadziwiającą szybkość, z jaką jodek potasu usuwa gorączkę i objawy miejscowe. Bäumler nigdy nie widział tak wielkich zwolnień w ostrym gośćcu jak w przypadkach kiły. 2) Przypadki, w których zajęcie ogranicza się do pojedyńczych stawów, podobnie jak w gośćcu jednostawowym. Te przypadki pozostają już w bliższym stosunku do zapalenia okostnéj i tu już bez wątpienia istnieją głębiéj sięgające sprawy chorobowe w tkaninach staw tworzących. W cięższéj jeszcze postaci tego rodzaju i po dłuższém istnieniu naciekowi stawowemu nie towarzyszą już zapalne zjawiska i prawdopodobnie sama chrząstka już cierpi. Tego rodzaju chroniczne przypadki mogą istnieć bez podwyższenia ciepłoty, lecz potrzeba o wiele dłuższego czasu, aby takie obrzęki stawowe ustąpiły po użyciu jodku potasu. 3) Ostre albo chroniczne sprawy w okostnéj, w więzadłach i kościach. W takich przypadkach znajdują się przy ucisku bolesne miejsca w przebiegu kości z wyniosłością lub bez takowéj nieraz objawia się w ten sposób chroniczny pozorny gościec.

Taylor (1871. *Dactylitis syphilitica with observations on syphilitic lesions of the joints and Two cases of syphilitic synovitis of the knee-joint. Amer. Journal of Syphilography and Dermatology*) omawia chronicznie zapalne i kilakowe sprawy chorobowe w stawach palców istniejące, w ścięgnach i w pochewkach jako objawy towarzyszące zmianom kiłowym w członkach palców *(dactylitis syphilitica)* i podaje dwa przypadki trzeciorzędnego zapalenia błony mazistéj.

Dokładniejsze daty o sprawach kiłowych w stawach i ścięgnach znajdujemy u Fourniera (1883. *Leçons sur la Syphilis, Union médicale Nr. 21—49*) jako téż u Lancereauxa (1873. *Traité de la Syphilis,* wydanie II). Fournier omawia tylko drugorzędne zajęcia stawów i rozróżnia: bóle w stawach *(Arthralgie)*, niezwiększające się przy ruchach i ucisku, i dny *(arthritis)*, które znów dzieli na dwa rodzaje: na dnę przyostrą, połączoną z bólami i lekkiém obrzmieniem, i na bezbolesne, lecz po największéj części do znaczniejszego obrzmienia prowadzące przyostre zapalenia stawów (*hydarthros*, puchlina stawu). Często są te rodzaje podobne do zwykłego gośćca. Lancereaux rozróżnia dnę drugo i trzeciorzędną. Drugorzędna jako przyostre lub ostre obrzmienia stawów z surowiczym wysiękiem, po największéj części śród silnie zwalniającéj gorączki, nawiedza rzadko tylko jeden staw, częściéj więcéj stawów, które są zaczerwienione, opuchłe, bolesne; bóle często powiększają się w porze nocnéj; równoczesne objawy kiły drugorzędnéj wyjaśniają cechę zajęcia stawowego. Trzeciorzędna dna wychodzi nie od błony maziowéj, lecz z okolicy stawowi sąsiedniéj. Kilakowym zmianom w okostny i końcynach kości, tudzież w tworzeniu się kilaków w tkaninie okołostawowéj towarzyszy zwolna powstający wysięk do jamy stawowéj, błona maziowa po największéj części grubieje. Jednostajna albo pagórkowata wyniosłość kończyn stawowych kości, wystąpienie mas grudkowatych, często przesuwalnych, umożliwia rozpoznanie. Ten rodzaj cierpienia jest bezbolesny, może jednak doprowadzić do bardzo znacznego obrzęku stawów, który często opiera się leczeniu przeciwkiłowemu. Zapalenie błony mazistéj pochewek ścięgnistych dzieli i Lancereaux na drugorzędne i trzeciorzędne. Pierwsze występuje dość często równocześnie z dną, jest częstszém u kobiet, umiejscawia się na ścięgnach prostowników palców ręki, na mięśniu dwugłowym barku, na odwracającym rękę długim, jużto w przebiegu jużto na uczepieniu się ścięgna. Przedstawia się jako obrzęk podłużny, walcowaty lub wrzecionowaty, chełboczący, mniéj lub więcéj bolesny, skóra nad nim bywa zaczerwieniona. Obecność innych objawów kiły popiera rozpoznanie. Trzeciorzędny rodzaj przedstawia się jako kilak w przebiegu ścięgna. Po największéj części bywają zajęte najzbitsze i najsilniejsze ścięgna mięśnia dwugłowego, trójgłowego uda i prostowników palców u ręki. Na powierzchni albo w środku ścięgna rozwijają się zwolna wrzecionowate, ograniczone, twarde, więcéj lub mniéj rozlane, galaretowate nacieki bez innych objawów, jak bolu lekkiego podczas ruchu. Mięką one i otwierają się na zewnątrz, albo i kostnicją. Zapatrywania Rocha (1872 *Hydropisie des gommes tendineuses dans la syphilis secondaire. Paris*) i Moreaua (1873. *Affections syphilitiques des bourses sereuses. Paris*) dostarczają nam dalszych dodatków, odnoszących się do naszego tematu.

Schuster (1873. *Archiv f. Dermatologie S. 288*) podaje przypadek kiłowéj, wielostawowéj *Synovitis*, powstałéj w trzeciorzędnym okresie kiły, w sześć lat po zarażeniu się, przebiegającéj z gorączką zwalniającą a która za użyciem jodku potasu ustąpiła. Mauriac (1874. *Synovites tendineuses symptomatiques de la syphilis. Gaz. des hôpit.* Nr. 35), podaje 2 przypadki wysięków do pochewek ścięgnistych w okresie kiły świeżéj. Boeck (1875) wspomina o kiłowych zajęciach stawów. W ogóle nie były one przed Babingtonem znane. Zajmują najczęściéj więcéj stawów i nie pociągają za sobą zapalenia śródsierdzia. Voisin (1875. *Contributions à l' étude des arthropathies syphilitiques*) rozróżnia trzy rodzaje kiłowych zajęć stawowych: 1) bóle w stawach *(arthralgie)*; w zmianach występujących w najwcześniejszym okresie zjawia się często lekkie trzeszczenie, pękanie, i tarcie płaszczyzn stawowych; 2) zapalenia stawów i puchliny tychże; 3) zwyrodnienie zołzowe, wychodzące w kile trzeciorzędnéj z błony

maziowéj albo z okostny. Tak samo Vaffier i Danzat (1875. *Du pseudorhumatisme syphilitique. Thèse Paris*) omawiają zmiany stawów czynnościowe i odżywcze kiłą wywołane. Hüter (1876. Klinika chorób stawowych I, S. 120), mówi: Kiłowe zapalenia stawów o tyle tutaj zasługują na wzmiankę, o ile niekiedy u jednego pacyjenta nawiedzają więcéj stawów, lub częściéj jeden tylko staw a mianowicie, jak to Volkmann trafnie zauważył, szczególnie staw kolanowy. W tym stawie widziałem również kiłowe zapalenie błony maziowéj „*synovitis hyperplastica*“ z naciekami kilakowemi. I nacieki maziowe zdarzają się pod wpływem kiły. Keyes E. L. (1876. *Syphilis as affecting the bursae. Am. Journ. of medic. sciences*) pierwszy omawia szczegółowiéj kiłowe zajęcia torebek maziowych, które dzieli na drugo i trzeciorzędne. Drugorzędne zapalenia rozwijają się pod postacią chełboczących, bolesnych obrzęków w torebkach maziowych, najczęściéj stawu kolanowego. W trzeciorzędnym rodzaju przychodzi do powolnego, kilakowego nacieczenia torebki maziowéj, które dopiero wtedy daje się spostrzedz, kiedy zaczerwienienie i ścieńczenie skóry zwiastują bliskie pęknięcie; jest ono u kobiet częstsze i umiejscawia się po największéj części w stawie kolanowym (na 12 przypadków 8 razy). — Daléj następują prace Weila (1876 Strassburg), który podaje 4 przypadki cierpień stawowych odziedziczonych, z tych jeden w trzeciorzędnym okresie nabytéj kiły. W pracy P. Sabaila (1876 *Tumeurs syphilitiques des tendons et des aponeuroses. Thèse. Paris*), spotykamy się z dość szczegółową literaturą.

Bouilly (1878. *Comparaison des arthropathies rhumatismales, scrofuleuses et syphilitiques. Thèse. Paris*) porównywa kiłowe cierpienia stawów z zołzowemi i gośćcowemi i ztąd wnosi, że w przyostrym rodzaju w drugorzędnym okresie rozchodzi się prawdopodobnie o zajęcie błony maziowéj albo włóknistéj okołostawowéj tkanki, które się silnemi napadami gorączkowemi odróżnia od gośćcowych, podczas gdy postacie trzeciorzędne rozwijają się zwolna, bez bólów a guzy dają się często czuć jako ograniczone stwardnienia. Julien (1879 *Traité pratique des maladies vénériennes*) w téj kwestyi podziela zapatrywania francuskich autorów, Verneuila, Fourniera, Mauriaca, nie dodając ze swéj strony nowych spostrzeżeń.

Vinay (1879. *Synovite syphilitique secondaire. Annales de Dermat. et de Syphiligr. X, S. 435)*, podaje przypadek 4 miesięcznéj kiły u kobiety, która z powodu przyostrego zapalenia stawu kolanowego leczoną i wyleczoną została, a w ośm dni późniéj przybyła znów z powtórną *synovitis* kolana i z obrzmieniem pochewki ścięgnistéj prostownika wielkiego palca u nogi.

Roustan (1880 *Lésions periarticulaires de nature syphilitique. Montpellier médicale. Avril S. 321)* zwraca uwagę, że często zajęcie stawu, szczególnie w przypadkach chronicznych, wychodzi od nacieku w tkankę okołostawową, od torebki maziowéj i dopiero ztąd przechodzi na staw. Wessanie nacieków bez specyjalnego leczenia jest rzadkie. Komplikacyje ze strony serca nie zdarzają się.

Giess (1881. *D. Zeitschr f. Chirurgie XV, S. 589)*, podaje przypadek sekcyjny chronicznego zapalenia bł. maziowéj stawu kolanowego, o którym jeszcze mówić będziemy. Defontaine (1882. *De la Syphilis articulaire. Thèse. Paris*) rozróżnia 5 rodzajów kiłowych cierpień stawowych: 1) bóle w stawach, 2) dnę przyostrą, 3) puchlinę stawu (*Hydarthroses)*, 4) kilakowe nacieczenia okołomaziowe *(Infiltrations gommeuses périsynoviales)*, 5) zajęcia kości stawowych *(ostéoarthropathies)*. Te rodzaje mogą występować we wszystkich okresach kiły, można je jednak widzieć po największéj części tylko w okresie końcowym kiły trzeciorzędnéj. Od innych zajęć stawowych odróżniają się powolném powstawaniem, bezbolesnością, nasileniami wieczornemi i brakiem gorączki. Równoczesne sprawy chorobowe w kościach są częste.

Méricamp (1882. *Contribution á l'etude des arthropathies syphilitiques tertiaires. Thèsc.)* przeczy, jakoby trzeciorzędne zajęcia stawów wychodziły od samego stawu, są one zawsze tylko następstwem zmian około i przystawowych. Rozróżnia on następujące rodzaje: 1) Zapalenie stawu z powodu guzów okołostawowych. Nabrzmienie stawów, zgrubienie błony maziowéj, całość kości są charakterystyczne. 2) *Pseudotumeurs blanches*. Części składowe stawu są nietknięte, a tylko kończyny kości są chore. 3) *Arthritis deformans* w skutek zgrubienia kości stawowych.

M. Zeissl (1882. *Allg. W. med. Ztg.* Nr. 29, 30), przytacza przypadek przyostrego zajęcia pochewek ścięgnistych w pół roku po zarażeniu się powstałego, które drogą operacyjną uleczono.

Mraček (1882. *Arthromeningitis syphilitica*) przytacza 5 przypadków *synovitis*, które w drugo- i trzeciorzędnym okresie wystąpiły.

Schüller M. (1882. Langenbecka Archiw 28 s. 473) rozróżnia następujące rodzaje cierpień stawowych w kile nabytéj: *a*) ostre surowicze zapalenie jednego a najwyżéj kilku stawów w drugorzędnéj kile, które występuje równocześnie z wybuchem rozległych wysypek kiłowych na skórze. Zapalenie to zdaje się jedynie polegać na surowiczém zapaleniu bł. maźnéj na wzór ostrego gośćca stawowego. W kilku przypadkach towarzyszyła mu gorączka. *b*) Ostre, częściéj przyostre albo chroniczne, surowicze zapalenia stawów w późniejszych okresach kiły nabytéj. Po największéj części jednostawowe, przy wznawianiu się cierpienia, albo po dłuższém jego trwaniu tworzą się zgrubienia torebki, narosty lub brodawkowate kosmyki na tejże. *c*) Z guzów na stawie powstałe zmiany. Guzy rozwijają się w najbliższém sąsiedztwie stawu, albo w jego pojedyńczych częściach składowych. Do nich przyłącza się surowicze zapalenie bł. maźnéj, które po dłuższém trwaniu prowadzi do tworów brodawkowatych. Jeżeli twory guzowe sięgają aż do jamy stawowéj, może nastąpić kilakowe zapalenie bł. maźnéj, tak samo pęknięcie zmiękczonego guza do stawu sprowadzić może jego ropienie. Podmiotowe cierpienia, stosownie do przebiegu, są rozmaite, w przypadkach zwolna się rozwijających są one nieznaczne, w ostrych przypadkach bardzo przestraszające. *d*) Tak samo może zapalenie kości albo okostny jednéj z długich kości przejść na staw i sprowadzić w nim najpierw surowicze, późniéj brodawkowate zapalenie z wyżarciem chrząstki stawowéj.

Z ostatnich autorów o kile wyraża się Zeissl (1882) o kiłowych cierpieniach stawowych bardzo oględnie i przyjmuje przytoczone już zapatrywanie Ricorda. „Wiadomości nabyte o zajęciach stawów kiłowych upoważniają nas do twierdzenia, że u kiłowych zdarzają się bardzo rzadko bole w stawach. Na 1.000 kiłowych, na których mogliśmy przeciętnie rok rocznie robić spostrzenia, nie zdarzył się w niektórych latach ani jeden przypadek cierpienia stawowego. Nieliczne cierpienia w stawach u kiłowych, które widzieliśmy, zajmowały najczęściéj staw kolanowy i skokowy, rzadziéj staw ramieniowy, a najrzadziéj łokciowy i nadgarstkowy. Sprawę chorobową w stawie biodrowym raz tylko dotąd widzieliśmy.

W saméj rzeczy jest prawdopodobném, że wielka część kiłowych ominęła sale dla nich przeznaczone, gdyż chorzy z cierpieniem stawów po większéj części szukają pomocy w klinikach chirurgicznych; ale nawet u najmniejszéj ilości chorych kiłowych, którzy byli dotknięci cierpieniami stawów, nie mogliśmy nigdy odkryć cechy, któraby nam twierdzić pozwoliła, że zajęcia stawów wywołane zostały przez wpływ kiły. Zajęcia stawów, któreśmy mogli u kiłowych śledzić, były jużto świéże, ostro wśród gwałtownych bolów występujące, jużto zwyrodnienia, opuchliny, zołzowe zwyrodnienie stawu i mniéj lub więcéj zupełne stężenia. Najczęściéj nie wywierało przeciwkiłowe leczenie żadnego wpływu na zajęcie stawu, podczas gdy leczenie zastosowane przeciw bladaczce, zołzom, albo gośćcowi, jako przypuszczalnym przyczynom lepszym wynikiem uwieńczoném bywało. Mianowicie byliśmy kilka razy tak szczęśliwymi, żeśmy usunęli w krótkim czasie kąpielami siarczanemi w Badenie pod Wiedniem znaczne obrzęki z gwałtownemi bolami w stawach połączone, które opierały się leczeniu jodem i rtęcią. Ale i takie zajęcia stawów, które znikają śród leczenia przeciwkiłowego, nie dostarczają nam jeszcze żadnego dowodu co do natury kiłowéj choroby stawu. Wtedy będziemy upoważnieni do twierdzenia, że i stawy mogą być siedzibą kiły, jeżeli anatomicznie udowodnioném będzie, że w tkankach staw stanowiących występuje kilak jako właściwy produkt chorobowy kiły (Lancereaux). Aż dotąd istnienie spraw kiłowych w stawach pozostaje conajmniéj wątpliwém, a rzadkie występowanie bolów w stawach u kiłowych przemawia raczéj przeciw aniżeli za przypuszczeniem tychże. Lancereaux wspomina o dwóch przypadkach kiłowych zajęć stawowych, w których tak w torebce maziowéj, jak i w więzadłach znajdowały się kilakowe guzki".

Krówczyński zaś (1883 Syfilidologia, Kraków) przyłącza się do zapatrywań francuskich i przypuszcza z niemi bóle w stawach, przyostre zapalenie stawu (*arthritis*) i puchlinę stawu (*hydarthros*) jako rodzaje kiłowego zajęcia stawowego. Rzadkość kilakowych nacieków około stawów tłumaczy on skąpém unaczynieniem i sztywnością tych części, podczas gdy kilaki z upodobaniem zajmują tkaninę wiotką, w naczynia obfitującą. (C. d. n.)

III. Przyczynek do nauki o alkoholizmie.

Napisał prof. **J. Mierzejewski** w Petersburgu.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 5).

D. 8 sierpnia 1872 w mieście Czita (prowincyi zabajkalskiéj) do kawiarni utrzymywanéj przez politycznego zesłańca Z. udali się konno p. o. policmajstra 25-letni asawuła P. i chorąży D. Zastali oni przy bufecie pięciu oficerów, pili do zbytku, lecz w szczególności ile wypił P., ściśle nie wiadomo. Koło godziny 10éj prócz P. wszyscy wyszli z kawiarni, do któréj weszli 54-letni tytularny radzca R., sekretarz urzędu policyjnego. Po przywitaniu się P. zaproponował przybywającemu wypić kieliszek wódki, lecz ten odmówił i oparł się wszelkim naleganiom. Następnie R. usiadł na krześle koło okna, mając plecy zwrócone do ściany; P. zbliżył się do niego i stanąwszy naprzeciw ujął oburącz nasamprzód plecy, a późniéj głowę R. i chwaląc silny rozwój tych części organizmu siedzącego, począł miarowo uderzać jego głową o ścianę. Prośby R., ażeby P. zaprzestał niewłaściwych żartów, zostały bez skutku, przeciwnie uderzenia głową stawały się częstsze i silniejsze, a kiedy wreszcie zostawił w spokoju głowę, rozpoczął policzkowanie, które do znacznéj liczby kilkudziesięciu uderzeń doprowadził. Świadkowie tego zajścia, pomocnicy właściciela kawiarni B. i L., obydwaj polityczni zesłańcy, już uwolnieni z robót przymusowych z niemałym trudem wyzwolili R., który nie omieszkał uciec i następnie doniósł o całém zajściu prokuratorowi. P. pozostał w kawiarni a bezzwłocznie posłał do policyi po dwóch uriadników B. i S. Jak tylko ci przybyli P., ugościł ich wódką i kazał sobie opowiedzieć o niedawném bohaterstwie policyjantów, a mianowicie o ujęciu głośnego, trzymającego w strachu całą okolicę, włóczęgi; natomiast wspomnieni pomocnicy właściciela kawiarni B. i L. utrzymują, że P. zapytał uriadników, czy przyłączą się oni do bandy rozbójniczéj, jeśli on stanie na ich czele, na co otrzymał twierdzącą odpowiedź; następnie P. miał zapytać, czy uriadniki sprawią się rączo z tymi dwoma, wskazując na B. i L.? na co również otrzymał przychylną odpowiedź. Następnie P. odjechał konno, rozkazując uriadnikom zaprowadzić B. i L. do policyi, którzy bez oporu poddali się wezwaniu i rozkazowi p. o. policmaistra, chociaż dobrze wiedzieli, że ten działa w stanie nietrzeźwym. Koło policyi P. spotkał konwój, i wszyscy razem weszli na podworzec policyjny. W tym czasie aresztanci miejscowi użyci byli do prac w ogrodzie i w skutek znacznego oddalenia od więzienia spędzali noce w koszarach kozackich przy policyi. Po wejściu na podwórzec policyjny rozkazał P. zbudzić pięciu więźniów, którym polecił postawienie szubienicy; pięciu kozaków pod bronią otoczyło B. i L., i gdy szubienica stanęła gotowa, P. posłał po stryczek, który natychmiast przyniesiono i zawiązano na poziomém ramieniu szubienicy. Na rozkaz P. pierszego B. przyprowadzono pod szubienicę, stryczek dwa razy okręcił mu około szyi sam P. i następnie rozkazał więźniom podnieść B. w górę, co też i nastąpiło; wzniesiony na arszyn od ziemi na rękach więźniów przebywał B. w tém położeniu 3—5 minut, poczém postawiono go na ziemi; na rozkaz P. jeszcze dwa razy B. poddany był téj saméj próbie. a następnie został oddany straży, koléj zaś nadeszła na L., tego ostatniego spotkał los jego poprzednika, z tą różnicą, że tylko dwa razy go podnoszono. Ofiary tego gwałtu chwytały się za stryczek rękami, a i sami więźniowie skrycie podtrzymywali ich rękami, ażeby nie dopuścić do uduszenia. L. schwycił się ręką za poprzeczne ramie szubienicy, zobaczywszy to prykazny S. uderzył go pałaszem po ręku (już bez rozkazu P.), tak że L. zawisł w powietrzu i zaczął chrapać; następnie postawiono go na ziemię i oddano pod straż kozacką. W skutek ciemności nocnéj wszystko to odbyło się przy świecach. Jedni świadkowie utrzymują, że P. nie złaził z konia, wydawał rozkazy, kierował czynnością, lecz osobiście zachował się biernie; drudzy zaś zeznali, że p. o. policmajstra sam pomagał w zniesieniu budulca na szubienicę i nakładał stryczek na szyję. Ofiary zaś policmajstra B. i L. opowiadają, że po przybyciu na podwórzec policyjny P. naradzał się z znanymi już uriadnikami, czy lepiéj rozstrzelać, czy też powiesić obu aresztowanych? na co jeden z nich zauważył, że najwłaściwiéj będzie powiesić, gdyż strzały mógłby usłyszeć gubernator.

Następnego dnia, t. j. 9 sierpnia z rana przybył do więzienia policyjnego Z. właściciel kawiarni i wezwał swych zastępców B. i L., ażeby poszli z nim do biura policyi. B. czuł się chorym i tylko sam L. udał się do P., u którego zastał kwartalnego P...ch. L. zeznaje, że P. przywitał go i zapytał o szczegóły zajścia w nocy, poczém kilka razy prze-

praszał; lecz L. odpowiedział, że na własną rękę nie może mu przebaczyć, gdyż krzywda była wspólną z B.; na to P. powiedział: „możecie się skarżyć; ja powiem, że budowałem huśtawki, na których was pohuśtałem.“

Z przebiegu śledztwa dowiedziano się, że po skończonéj scenie wieszania P. wysłał aresztantów bez straży na brzeg rzeki Koladówki po rózgi; następnie dawszy po kieliszku wódki swym wspólnikom o godzinie 4éj wyjechał z kozakami do miasta i dobijał się do mieszkania stolarza A., u którego mieszkali kolegijalny radzca W. i kamieniarz P. P. o. policmajstra żądał, ażeby mu przyprowadzono dziewkę A., lub jéj siostrę; na to mu odpowiedziano, że te osoby muszą mieszkać w sąsiednim domu u czerkiesa B., utrzymującego dom nierządu. P. odszedł, lecz wkrótce jeden z kozaków przelazł przez płot, otworzył bramę, i do domu stolarza wszedł P. z jednym z uriadników. P. rozkazał gospodyni domu będącéj w negliżu udać się bezzwłocznie do policyi. Z wyjątkiem jednego urzędnika W. wszyscy lokatorowie tego domu nie znali p. o. policmajstra osobiście, i gospodyni stawiła pewny opór, za co od P. otrzymała 5 czy 6 uderzeń nahajem; mąż bitéj usiłował ją obronić, P. rzucił się na niego i dusił za gardło. Podczas téj sceny gwałtu wszedł urzędnik W. i oświadczywszy napadniętym, że mają do czynienia z p. o. policmajstra, doradzał im, aby byli zupełnie uległymi; wszyscy ubrali się, a po odebraniu paszportów P. rozkazał zaprowadzić wszystkich, nie wyłączając urzędnika W., do bióra policyi, dom zaś pozostał pustym; jeden z świadków twierdzi, że P. zostawił w nim kozaka dla dozoru. Mieszkańcy domu A., jak bieg sprawy wykazał, niczém nie zasłużyli na podejrzenie policyi, a chociaż uriadnik B. twierdzi, że w tym domu był hałas i światło, to zgodne świadectwa wszystkich lokatorów zadają kłam temu zeznaniu.

Urzędnik W. zeznał, że podług jego informacyj, po odesłaniu mieszkańców domu A. do policyi, P. miał się udać do czerkiesa K., u którego mieszkała dziewka A. i że tam pozostał; lecz okoliczność ta zeznaniami innych świadków nie jest dostatecznie wyjaśnioną.

Następnego dnia (9 sierpnia) P. nie przybył do bióra policyi, ani téż złożył codziennego raportu p. o. gubernatora Z. W zastępstwie P. przybył do gubernatora rewirowy P...ch, któremu zostało poruczone zastępstwo P. w obowiązkach policmajstra. D. 10 sierpnia otrzymał p. o. gubernatora skargę poszkodowanych na P. i sprawozdanie prokuratora o całém zajściu. Tegoż samego dnia z rozkazu p. o. gubernatora wydelegowano trzech lekarzy, inspektora Izby lekarskiéj Proskuriakowa, lekarza miejskiego Striełkowa i naczelnego lekarza miejscowego szpitala Rieszitkę, dla zbadania stanu zdrowia P. Lekarzom dodani byli delegowany oficer od wojska oraz asesor gubernijalnego zarządu. Świadectwo lekarskie brzmi jak następuje:

Asawuła P. silnéj budowy, wzrostu więcéj niż średniego, lat blisko 30. Za przybyciem komisyi lekarskiéj wiele osób znajdowało się w mieszkaniu P., a w téj liczbie lekarz okręgowy Tołmaczew. P. znaleziono klęczącego z głową ku ziemi pochyloną i śpiewającego łkając „wieczny odpoczynek“ itd. Na zapytania członków komisyi P. dawał odpowiedzi niechętnie. Zapytany, jak się ma? odpowiedział, „zupełnie zdrów jestem“. Daj pan rękę — „A co panu po tém“. Po kilkakrotnych prośbach P. dał rękę i zaczął liczyć „raz, dwa, trzy“. Pokaż pan język, „tego już za wiele“ odpowiedział, lecz po chwili język pokazał. Spostrzegłszy ołówek na stole P. wziął go i złamał, mówiąc: „to zdaje mi się ołówek, o tak jemu“. Następnie mówił, „że bądź umrze jutro, bądź téż stanie się rozbójnikiem.“ Badanie przedmiotowe wykazało: tętno twarde, język obłożony, biały, oczy zaczerwienione, zaropiałe w kącikach, źrenica bez szczególnego blasku, bezsenność. Ciepłota podniesiona, skóra wilgotna.

Na podstawie tych objawów orzekła komisyja, że Asawuła P. cierpi na obłęd pijacki (*delirium tremens*).

D. 14 sierpnia p. o. gubernatora polecił władzy wojskowéj przeprowadzić dochodzenie śledcze co do postępków P. D. 16 sierpnia P. otrzymał wezwanie stawienia się przed sędzią; na pokwitowaniu doręczenia podpisał się nie P. lecz właściciel domu W., z uwagą, że lokator jego P. z powodu choroby nie jest w stanie przyjąć wezwania, a tém mniéj zadość mu uczynić. Dopiero 25 września, jak z aktów sądzić należy, P. własnoręcznie odpowiadał na zadane sobie na piśmie pytania. Z odpowiedzi tych dowiadujemy się, że P. liczy lat 25, jest szlachcicem z gubernii Tulskiéj, bezżenny, kształcił się w 3éj wojskowo aleksandryjskiéj szkole, awansowany na oficera w r. 1866, w maju zaś 1872 mianowany został p. o. policmajstra miasta Czyti. Nic nie pamięta i nic téż przypomnieć sobie nie może co robił w nocy z 8 na 9 sierpnia. Z sekretarzem policyi R. żył zawsze w przyjaźni i obecnie ten przyjacielski stosunek utrzymuje się między nimi. Zastępcę właściciela kawiarni p. B. znał tylko jako płatnika zakładu, w którym często bywał. Stolarza A., urzędnika W., również jak wszystkich lokatorów tego domu nie znał nigdy i teraz nie wie nawet, gdzie się ten dom znajduje. Jeżeli sądząc z zadanych mu pytań, postępki jego owéj nocy były naganne, czego on nie ma odwagi zaprzeczać, to były one „wyrazem chorego umysłu i złudzeń choréj fantazyi“. Jedyne wspomnienie z tego czasu odnosi się do konnego przyjazdu do kawiarni i wspólnéj z kolegami tam biesiady. Co się działo późniéj, nie pamięta; a kiedy się ocknął, to już był we własném mieszkaniu; spostrzegł obok siebie oprócz kilku oficerów, lekarzy Tołmaczewa i Rieszitkę, których rady zasięgał; od nich się dowiedział o zajściach, których miał być autorem, a których smutne szczegóły poznaje obecnie. Przy równoczesném przesłuchaniu z poszkodowanymi i wspólnikami P. stanowczo twierdzi, że o niczém nie wie i niczego sobie nie przypomina.

Po zbadaniu sprawy w listopadzie 1872 r. naczelnik sztabu wojsk zabajkalskich jenerał-major Ditmar doniósł komenderującemu wojskami sybirskiego wojennego okręgu, że P. jest winnym: *a*) opoliczkowania swego sekretarza R.; *b*) nagannych rozkazów wydanych przez niego policyjantom, wieszania politycznych wygnańców B. i L., w skutek których wystawioną była szubienica przez aresztantów również i saméj czynności wieszania wspomnianych politycznych wygnańców; *c*) użycia do swych bezprawi osób podwładnych, którym nawet groził karami w razie nieposłuszeństwa, przez co zniewolił ich do wspólnictwa; *d*) bezprawnego aresztowania kolegijalnego radcy W., wysłużonego szeregowca A. i jego żony; *e*) zaburzenia spokoju publicznego. Za te bezprawia P. podpadać powinien wojskowo-karnemu sądowi, zważywszy jednak, że począwszy od r. 1864 P. pełnił zawsze swe obowiązki bez zarzutu, że według świadectwa lekarskiego był on chory na obłąd pijacki podczas popełniania czynów występnych, których dokonał bezwiednie; daléj, że żadna z osób wieszanych nie była z tego powodu zagrożona utratą życia; że czynności występne P. należy

w tym przypadku tłumaczyć „omamami jego chorobliwéj wyobraźni“ (co się wydarzyło mu po raz pierwszy podczas całéj jego służby); że służba jego zawsze przykładna, przynosiła zawsze społeczeństwu liczne korzyści i zwracała uwagę zwierzchności na bezstronne i honorowe czyny obwinionego; i wreszcie, że bezpośrednio po popełnioném wykroczeniu P. postradał stanowisko, przeto na podstawie tych okoliczności łagodzących, naczelnik sztabu jenerał-major Ditmar uznawałby za rzecz sprawiedliwości, świadcząc o przykładnéj służbie P. i smutnych okolicznościach, które wynikły z jego postępku, wstawić się za obwinionym u Jenerał Gubernatora.

Komenderujący wojskami wschodniego sybirskiego wojennego okręgu Jenerał gubernator Sienielnikow uznał ze swéj strony, że bezprawia popełnione przez P. są tak wielkie, że w żadnym razie nie mogą pozostać bez sądowego dochodzenia. W skutek tego P. został oddany pod sąd wojenny przy wojskowym sztabie zabajkalskich kozaków, przy czém jenerał gubernator wyraził życzenie, ażeby jenerał Ditmar poddając P. pod sąd wojenny, przekonał się, czy świadectwo lekarskie zadość czyni wszystkim wymaganiom prawa, i czy podwładni P., spełniając jego bezprawne rozkazy, nie są winni niezawiadomienia władzy o występnéj swawoli swego przełożonego.

Dochodzenia komisyi wojskowéj wyjaśniły następujące fakta:

P. o. gubernatora m. Czyti Z. zeznał w styczniu 1883 r., że dowiedział się o całém zajściu po raz pierwszy dopiero 9 sierpnia wieczorem od prokuratora, a w dniu następnym otrzymał zaskarżenie poszkodowanych. 9 sierpnia P. nie przybył dla złożenia codziennego raportu. Ponieważ sprawa ta nie była drugorzędną i z natury przewinienia należało o niéj donieść ministrowi spraw wewnętrznych i jenerał-gubernatorowi Syberyi wschodniéj, to dla zupełnego i dobrze uzasadnionego przedstawienia rzeczy należało nabrać stanowczego przekonania o stanie zdrowia P. i w tym celu wydał wice-gubernator rozkaz lekarskiego zbadania obwinionego. Do 8go sierpnia P. obficie składał raporta o stanie miasta i był zawsze trzeźwym; a jeśli zdarzały się przypadki (5 czy 6), że P. osobiście nie stawił się, stanęły mu niby na przeszkodzie bądź ważne czynności służbowe, bądź téż nieznaczące jednodniowe zaburzenia zdrowia, które nie przeszkadzały mu zajmować się sprawami swego urzędu. Nie było żadnego powodu powątpiewania o wiarogodności podawanych przez P. powodów, gdyż sprawowanie się jego było zawsze nienaganne; a chociaż czasem i mówiono, że P. lubi w gronie koleżeńskiém nieco więcéj wypić, to jednak nie czyniono mu żadnych wyrzutów, gdyż dziać się to miało w godzinach pozasłużbowych. (Dok. nast.)

IV O wpływie dymu tytoniowego na ustrój ludzki i zwierzęcy.

Rzecz czytana na III Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w r. 1881.

Przez Dra **Tadeusza Żulińskiego** we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 5).

Co do narządu oddechowego, to dym tytoniowy jak widzieliśmy, z początku w umiarkowanych dawkach przyspiesza, po dłuższém paleniu zwalnia, a w ogóle utrudnia oddechanie zwierzęciu. Błony przewodu oddechowego jak kanałów nosowych, krtani, tchawicy i oskrzeli, są nim ciągle drażnione, a przekrwienia chwilowe, przy dłuższém działaniu, zamieniają się w przewlekłe nieżyty nosa, krtani i oskrzeli. Ztąd to owo drapanie nosa łapą przez królika, któreśmy powyżéj zaznaczyli jako dowód drażnienia nozdrzy jego przez dym. Ztąd kaszle, krztuszenia się, drapanie w gardle i w krtani u człowieka, nieżyty téż kanałów nosowych, krtani i oskrzeli bywają częste u palaczy.

Ponieważ nadto przewlekłe nieżyty błon śluzowych, sprawiają zawsze ich nabrzmienie i rozpulchnienie, to tłumaczy nam dla czego palenie tytoniu tak niekorzystnie wpływa zawsze na zmianę głosu, bo w skutek nieżytu krtani obrzmiewają struny głosowe śpiewaka.

Nieskończenie jednak ważniejszy skutek dymu tytoniowego na narząd oddechowy leży w wpływie jego na całe unerwienie tego narządu, na nerwy rozgałęziające się w miąższu płucnym, w kanałach powietrznych, w tętnicach i w żyłach tu się rozgałęziających ale po części i w mięśniach oddechowych. Zkąd powstaje utrudnione oddechanie, duszność, różne kurcze bolesne, i zaduszenia, dostrzegane na zwierzętach i stwierdzane na ludziach.

Objawy te pochodzą przeważnie od większéj lub mniejszéj kurczliwości, lub rozszerzalności kanałów oddechowych jakoteż naczyń krwionośnych i zmniejszonéj, nierównéj, przerywanéj, lub ustającéj zupełnie działalności mięśniowéj tego narządu.

Dym pozbawiony nikotynu działa nieco słabiéj i mniéj porażająco na płuca.

Narząd krążenia krwi, a mianowicie serce i naczynia krwionośne, nie mniéj od narządu oddechowego, ulegają także wpływom dymu tytoniowego.

Przyspieszenie i zwolnienie tętna, bicie serca silne, następnie słabnięcie jego energii. Bicie nieregularne, tętno przepuszczające, blednienie, drżenie mięśniowe, zawroty głowy, przekrwienie mózgu i bóle około-sercowe, jakie spostrzegaliśmy na zwierzętach i ludziach, są objawami naruszonego krążenia krwi. Głównéj przyczyny tych zmian szukać należy w drażnieniu nerwów i mięśni narządu krążenia przez dym tytoniowy, które ulegając podrażnieniu i porażeniu, raz podniecają, drugi raz osłabiają działalność mięśniową serca i naczyń.

Doświadczenia, które Kl. Bernard robił na żabie, podając jéj nikotyn, aby obserwować na jéj błonie międzypalcowéj pod drobnowidem krążenie krwi w naczyniach włosowatych, robiliśmy po kilka kroć z samym dymem tytoniowym, umieszczając całą żabę prócz jéj łapy w pęcherzu, w ścianach którego umieściliśmy dwie rurki szklane, dla wpuszczania i wypuszczania dymu, i przystępu świeżego powietrza.

Otóż przekonaliśmy się, że tętnice pod dłuższym wpływem dymu tytoniowego kurczyły się, tj. zwężały aż do zupełnego wypróżnienia się z krwi, gdy przeciwnie żyły rozszerzały się i mocno napełniały krwią. Serce przy doświadczeniu tém bić nie przestawało, co dowodzi, że działanie to dymu wywierało wpływ swój głównie na naczynia włosowate.

Zjawisko to tłumaczy nam powstawanie u zwierząt, pozostających w dymie tytoniowym, owego drżenia mięśniowego, które powstaje skutkiem niedokrewności, t. j. złego odżywiania ich włókien, jako następstwa kurczenia się tych naczyń.

Zawroty głowy tłumaczą się znów kurczeniem się tętnic włosowatych w mózgu, gdy przekrwienia jego żylne, czyli tak zwane uderzenia krwi do głowy, tłumaczą się rozszerzaniem się żył.

Bladość twarzy i zmniejszanie się ciepłoty równie kurczeniem się naczyń włosowatych tłumaczyć należy.

Do skutków zmian krążenia krwi, a mianowicie powiększonego ciśnienia w naczyniach krwionośnych, należy także dostrzegane przez nas częstsze i obfitsze wydzielanie moczu.

Do najważniejszych jednak przyczyn, wywołujących w znacznéj części pośrednio lub bezpośrednio te różne objawy i skutki dymu tytoniowego w ustroju ludzkim i zwierzęcym, należy niezawodnie wpływ i działanie jego na:

Układ nerwowy i mięśniowy. Przedewszystkiém nadmienić i stwierdzić należy, że dym tytoniowy cały układ nerwowy najprzód podnieca i drażni, następnie osłabia i zwalnia jego działanie, a długo i w nadmiarze używany, wywołuje w końcu zawsze drgawki, tężec i porażenie. Objawy o jakich zresztą już wspominaliśmy, mówiąc o wpływie na trawienie, oddechanie i krążenie, jak np. wywoływanie ruchu robaczkowego kiszek, duszność i trudne oddéchanie, kurczenie się i rozszerzanie naczyń krwionośnych, lub przerywane tętno itp., pochodzą głównie od podrażnienia nerwów.

Pierwiastkowe pobudzenie ustroju, i niepokój ogólny jego, uczuwany w początku działania dymu tytoniowego, pochodzi od podrażnienia ośrodków nerwowych w ogóle, a w szczególności rdzenia przedłużonego i pacierzowego. Dłuższe jednak działanie składników jego na te narządy wywołuje prawie zawsze drgawki, tężec i porażenia, które widzieliśmy przy doświadczeniach na zwierzętach.

Mięśnie pod wpływem dymu tytoniowego w działaniu swém słabną, kurczą się i ulegają porażeniu, szkodliwie jednak i trująco składniki jego nie na same ich włókna działają, ale raczej na ośrodki nerwowe, np. rdzeń pacierzowy. Jeżeli bowiem przed nasycaniem zwierzęcia dymem przetniemy który z nerwów ruchowych, a potém dopiero zmusimy zwierzę do oddéchania dymem, wtedy nerw przecięty pod wpływem prądu galwanicznego kurczyć się nie przestanie. Co właśnie dowodzi, że tu ośrodek nerwowy a nie nerw sam był porażony. Mięśnie ruchu mimowolnego głównie porażeniu temu ulegają. Trzeba jednak przy doświadczeniach z dymem tytoniowym dobrze odróżniać wydarzające się tu osłabienie i zwątlenie mięśni, z czasem zupełnie mijające, od porażenia ich trwałego.

Zmysły nasze pod wpływem dłuższego działania dymu tytoniowego ulegają także pewnym niekorzystnym zmianom. Tracą one nietylko na swéj bystrości, ale niekiedy i zupełnemu ulegają porażeniu. Działanie dymu na nerwy zmysłowe bywa albo pośrednie, albo bezpośrednie. Ciągłe drażnienie błon śluzowych nosa, jamy ustnéj, języka, i gardziela, jak to powyżéj wspominaliśmy, wywołuje przewlekłe nieżyty i obrzmienia. Skutkiem zaś takiego obrzęknienia tępieje naturalnie powonienie i smak. A ponieważ nieżyt gardziela pociąga za sobą bardzo często i nieżyt trąbki Eustachijusza, przeto powstaje także i przytępienie słuchu i szumy w uszach.

Pomijając już to, że nieustanne narkotyzowanie i drażnienie układu nerwowego, o którém co dopiero mówiliśmy, musi potęgować lub tępić zawsze bezpośrednio jego czułość, to dotychczas naukowo tylko stwierdzono specyjalne działanie nikotynu dymu tytoniowego na narząd i nerw wzrokowy, o czém poniżéj obszerniéj wspomnimy.

Jakie wywiera wpływ i działanie dym tytoniowy na sferę psychiczną człowieka, o tém z fizyjologicznych krótkich i doraźnych doświadczeń i badań, nie wiele sądzić można. Trzeba na to bowiem nierównie dłuższego czasu i licznych spostrzeżeń czerpanych z życia i praktyki. W téj części téż pracy głownie i my poszliśmy tą drogą, opierając sądy swe i poglądy nietylko na tém, co nam już dotąd nauka zebrała, ale i na spostrzeżeniach swych własnych, z życia i praktyki zbieranych.

Z tego jednakże cośmy dotychczas mówili o działaniu dymu tytoniowego na układ nerwowy i krwionośny, jakotéż na narząd trawienia i oddéchania, równie jak i z tych objawów, jakie się przy krótkich nawet doświadczeniach fizyjologicznych na człowieku dokonywanych od razu spostrzegać dają, śmiało przypuszczać możemy, że na jego sferze psychicznéj muszą się zmiany te fizyjologiczne ustroju naszego koniecznie odbijać i odbijają, chociażby tylko wedle staréj zasady powszechnie uznawanéj, że zdrowa dusza w zdrowém ciele.

Drażnienie, a raczéj pobudzanie, układu nerwowego, jakie dym tytoniowy wywiera zawsze czas jakiś z początku na człowieka, powtarzane ciągle i coraz to silniéj, wedle ogólnych, a stwierdzonych zasad fizyjologicznych słabnie, następnie zmniejsza się, i staje się w końcu zawsze przeciwnie środkiem kojącym i znieczulającym, t. j. przytępiającym wrodzoną czułość i wrażliwość nerwową i psychiczną człowieka.

Jakkolwiek do skutków tych z palenia tytoniu wynikających dochodzi się tylko drogą zatrucia i przykrych wstrętnych doświadczeń i wrażeń, ostrzegających niejako człowieka, że to trucizna, mimo to jednak tym dwom własnościom pobudzania i przytępiania wrażliwości psychicznéj zawdzięcza, zdaje się, najwięcéj tytoń swe rozpowszechnienie, tj. że palenie jego stało się dziś już nałogiem.

Nie ulega wątpliwości, że życie człowieka wystawionego ciągle raz na wrażenia i prace osłabiające go, a powtóre na dotkliwe przykrości i doświadczenia, może nieraz rzeczywiście uczuwać na przemian potrzebę to podniety, to znów przytępienia swéj czułości, nigdy jednak zapominać nie należy, że pobudzanie to i drażnienie, na materyjalnéj, fizyjologicznéj podstawie oparte, trwać może tylko do pewnéj granicy, po za którą, pomimo nawet potęgowania się bodźca, przechodzi zawsze w coraz to silniejsze stępienie czyli nieczułość, lub wywołuje inne, wcale niepożądane, następstwa i zmiany w ustroju

Ponieważ czystość i delikatność naszego czucia w ustroju jest podstawą psychicznego jego rozwoju i kształcenia, ponieważ zdrowie i dobre odżywianie tegoż, które narusza się i wątli wpływem dymu tytoniowego, jakeśmy to wykazali, jest także warunkiem niezbędnym zdrowia naszego psychicznego, przeto pojąć nawet nie możemy, zapatrując się na sferę psychiczną człowieka tylko z somatycznego punktu widzenia, aby palenie tytoniu, szczególnie długie i nadmierne, mogło pozostawać bez żadnego na nią wpływu i oddziaływania, to jest, aby owe drażnienie, przekrwienie, niedokrewność itp. zmiany organu życia umysłowego, nie wywoływały i nie prowadziły do zmian i zboczeń pewnych w sferze umysłowéj, które szczególnie po długiém używaniu i przewlekłych zatruciach tytoniowych najwięcéj się uwydatniają, i najczęściéj przydarzają. (C. d. n.)

V. Oceny i sprawozdania.

Wiestnik kliniczeskoj i sudiebnoj Psychijatryi i Newropatołogii. Czasopismo wychodzące w odstępach niestałych pod redakcyją prof. Mierzejewskiego.

Drugi zeszyt *Wiestnika* nie ustępuje bogactwem treści

pierwszemu, a przewyższa go rozmiarami. Snać wydawnictwo oparło się na silnéj podstawie doborowych współpracowników, skoro w tak krótkim czasie wydało dwa okazałe tomy, zapełnione artykułami wysokiéj naukowéj wartości.

Drugi zeszyt *Wiestnika* zawiera: Dra Magnana (z Paryża). O złudzeniach obustronnych, posiadających z każdéj strony cechy odrębne; Prof. Mierzejewskiego: Przyczynek do nauki o alkoholizmie; jest to ta sama praca, któréj druk kończy się i w Przegl. Lek., a która tak słusznie zainteresowała czytelników naszego czasopisma. Litwinowa: Przyczynek do statystyki chorób umysłowych w Rosyi; prof. Mierzejewskiego i doc. Erlickiego: Jednostronny postępowy uwiąd policzka; Dra Rosenbacha: O wpływie głodzenia się na ośrodki mózgowe; doc. Bechtierowa: O zjawiskach powstających w skutek przecięcia włókien wzrokowych w środku półkul mózgowych; doc. Daniłły: Czy przyczyna napadów epileptycznych połega na zmianach w tylnéj części kory mózgowéj? (artykuł ten pojawił się naprzód w Nrze 4 Przegl. Lek.); Dra Rosenbacha: Przyczynek do wyjaśnienia przeciwpadaczkowego działania potasu.

Dział krytyczny i biblijograficzny zawiera sprawozdanie z 70 prac, ogłoszonych w językach wszystkich oświeconych narodów, i pod tym względem z *Wiestnikiem* nie może mierzyć się żadna europejska publikacyja.

Z samego już zrejestrowania prac zawartych w *Wiestniku* przekonają się czytelnicy Przeglądu, że czasopismo to dorównywa poważnemu stanowisku, jakie zajął prof. Mierzejewski z swoimi współpracownikami w literaturze lekarskiéj. *Dr. A. Kw.*

Wł. Gluziński: **Przyczynek do wessania tłuszczów w jelitach.**

(Z pracowni fizyjologicznéj prof. Piotrowskiego.)

Że tłuszcze dostają się z przewodu pokarmowego do ustroju, przekonały już od dawna raz próby żywienia niemi, a powtóre obserwacyja, iż po wprowadzeniu tłuszczów do przewodu pokarmowego mlecz naczyń chłonniczych jest przepełniony kuleczkami tłuszczowemi. Pytanie zaś, w jaki sposób i jakiemi drogami to przedostawanie się tłuszczu nastaje, pozostało dotąd nierozstrzygnięte, gdy bowiem aż do r. 1861 według twierdzenia Brückego ogólnie przypuszczano, jakoby między powierzchnią błony śluzowéj jelit a naczyniami chłonniczemi były wolne komunikacyje, tak iż kuleczki tłuszczu wprost do tychże, a ztąd do naczyń chłonniczych się dostają, to w tymże roku ogłoszone dwie prace doświadczalne na tém polu zdawały się przeczyć temu zapatrywaniu. Jedna prof. Teichmana, który przez wstrzykiwanie zawiesin mlecznych, krwi itd. od środka do obwodu naczyń limfatycznych nie zdołał bez przedarcia kończyn tychże wprowadzić wstrzykniętych pyłków do światła jelit; a druga Rindfleischa, który, postępując drogą przeciwną, żywił żaby zawiesinami ciał barwistych, krwią wielbłądów itp., a nie mógł stwierdzić dostawania się pyłków od błony śluzowéj jelit do naczyń limfatycznych. To téż poczęło przeważać zapatrywanie, że tłuszcze wprzód zostają zmydlone i rozpuszczone na powierzchni błony śluzowéj jelita, a jako roztwory dostają się do naczyń chłonniczych, gdzie znów powstają z nich kuleczki tłuszczowe. Liczne jednak badania w tym kierunku przedsiębrane wykazały wprawdzie kwasy tłuszczowe w treści jelita, lecz nie wykazały ani obecności drugiego składnika tłuszczów, t. j. gliceryny, ani téż nie wyjaśniły bliżéj téj problematycznéj siły chemicznéj, która z rozłożonych składników tłuszczu napowrót je w naczyniach chłonniczych składa. Nie porzucono téż całkiem nadziei wykazania możliwości przedostania się ciałek tłuszczowych drogą mechaniczną do naczyń limfatycznych. I Recklinghausen, który obrał jako powierzchnię wessania obfitą w naczynia limfatyczne błonę surowiczą jamy brzusznéj, do któréj wstrzykiwał zawiesiny barwików jakotéż mleko, zdołał wykazać wstrzyknięte pyłki w naczyniach limfatycznych robiąc doświadczenia na królikach. Fakt ten obserwowany przez Recklinghausena stwierdzili inni i dla reszty błon surowiczych, jak np. błony podpajęczéj i opłucnéj.

Autor wymienionéj rozprawy zachęcony temi wynikami postanowił na nowo badać zachowanie się tłuszczów do błony śluzowéj jelita. W tym celu brał on pętle jelita cieląt świeżo zabitych i wypełniał je mlekiem, lecz wynik przy badaniu mikroskopowém naczyń limfatycznych błony śluzowéj wypadł ujemny, kosmki jelit nie napełniły się kuleczkami tłuszczu. Gdy jednak autor użył osobliwszego fortelu, że napełnił naczynia krwionośne rtęcią pod ciśnieniem 5cm. przez co podobnie jak za życia kosmki zostały w naprężeniu utrzymane, a do pętli jelita wlewał zawiesinę otrzymaną przez kłócenie oliwy ze sokiem trzustkowym, to po 2—4 godzinach doświadczenia, badanie mikroskopowe wykazywało kosmki wzdłuż naczynia centralnego wypełnione drobnemi kuleczkami tłuszczu; doświadczenia te kilkakrotnie powtarzane wydawały zawsze wynik dodatni. Poszukiwania, czy téż przypadkowo przez przedarcie kosmków ciśnieniem rtęci kuleczki tłuszczu do nich się nie dostały, nie wykazały, aby kuleczki rtęci do światła jelit przechodziły, a doświadczenia kontrolujące w ten sam sposób wykonane, przy umyślném jednak przedarciu kosmków, wydawały zupełnie inny obraz mikroskopowy, jak w przypadkach poprzednich. Ztąd wnosi G., że chłonięcie tłuszczów w jelitach jako takich może się odbywać, i to tylko przy pomocy sił fizycznych, przyczém pewne warunki za życia działające mogą je jeszcze przyspieszać. Tak dobrze obmyślonemi doświadczeniami udało się autorowi przechylić zapatrywanie co do chłonięcia tłuszczu w jelitach na szalę teoryi czysto mechanicznéj, wymagającéj współudziału tylko sił fizycznych. (Sprawozdania z posiedzeń wydziału matematyczno przyrodniczego Akademii Umiejętności za rok 1883). *W. J.*

Prof. Kundrat: **O obecném stanowisku anatomii patologicznéj w sprawie gruźlicy**

Pośród licznych zapatrywań na sprawę gruźliczą zasługują na szczególniejszą uwagę dwa zapatrywania wprost sobie przeciwne, a które się do ostatnich czasów utrzymały. Rokitansky uważał te sprawy chorobowe, które się odznaczają zejściem w serowacenie, bez względu na to, czy występują w formie guzków, czy rozlanych nacieków, za sprawę nowotworową. W przeciwieństwie do tego zapatrywania ograniczył Virchow pojęcie gruźlicy w ten sposób, że uważa tylko guzki za wytwory sprawy nowotworowéj, gdy wszelkie nacieki rozlane zalicza do rzędu spraw zapalnych, które polegają na skazie zolzowéj. Uczniowie Virchowa rozwijali dalej jego teoryję i tworzyli coraz większy przedział między sprawą nowotworową gruźliczą a sprawą zapalną, występującą w formie nacieku rozlanego, a nawet Niemeyer ze stanowiska klinicznego nie wahał się postawić hipotezy, że i wypocina zapalenia dławcowego może uledz zserowaceniu

i wywołać podobny obraz chorobowy. Lecz w miarę postępu techniki optycznéj i udoskonalenia instrumentów coraz mniéj miała zwolenników stara humoralno-patologiczna teoryja zapalenia, broniona przez długi czas zwłaszcza przez Francuzów a równocześnie Langhaus i Schüppel zajęli się dokładném zbadaniem gruzełków i pokazało się, że gruzełki znachodzą się wśród tych rozlanych nacieków daleko częściéj, aniżeli dotąd sądzono.

Dokładne badania drobnowidowe wykryły, że sprawy te zapalne nietylko toczą się w pęcherzykach płucnych, ale zajmują także tkankę międzypęcherzykową, tworząc w niéj naciek drobnokomórkowy, obok którego powstaje równocześnie proliferacyja i łuszczenie się w większéj ilości komórek przybłonkowych w pęcherzykach płucnych, które właśnie nadaje pewien odrębny charakter całej sprawie zapalnéj i to skłoniło nawet Buhla do utworzenia osobnéj nazwy *Pneumonia desquammativa* a choć on sam znajdował często gruzełki w tych razach, przecież trzymając się szkoły berlińskiéj, wolał je raczéj uważać za rzecz przypadkowo wywołaną przez zadrażnienie miejscowe.

Badania Rindfleischa jeszcze więcéj zbliżyły obie szkoły; wykazał on bowiem, że już w początku owych spraw zapalnych, gdy np. w płucach jest zaledwie nieżyt oskrzelowy, tworzą się gruzełki prosówkowe.

Równocześnie zaczęto podejmować szerszą skalę doświadczeń i przekonano się, że podobne gruzełkom guzki powstają także skutkiem wessania różnych substancyj. To zachwiało znowu przekonanie o zaraźliwosci gruźlicy, lecz tylko na krótki czas, bo dokładne doświadczenia Klebsa nie pozwoliły ani powątpiewać, że gruźlica należy do chorób zakaźnych. Chodziło więc tylko o wykrycie prątków. Po daremnych usiłowaniach w tym kierunku Klebsa i Aufrechta wystąpił Koch ze swojém odkryciem, które wkrótce wyrobiło sobie prawie ogólne uznanie, tak, że dziś musimy powiedzieć, że gruźlica jest chorobą zakaźną wywołaną przez prątki, które oznaczamy nazwą gruźliczych. A ponieważ za pomocą metody Kocha udaje się wykazać prątki nietylko w gruzełkach prosówkowych ale także i w przypadkach, w których jest tylko prosty naciek komórkowy, przeto te dwie sprawy nie są czémś odrębném, ale są przeciwnie skutkiem téj saméj przyczyny. Widzimy więc, że sprawa znów wróciła na dawne tory i dziś zapatrywania na gruźlicę równają się tym, jakie szkoła wiedeńska miała przed dziesiątkami lat.

Tam, gdzie jest mnóstwo rozsianych guzków, w którym to razie sprawa i szybciéj postępuje, musimy przypuścić, że prątki rozszerzają się drogą naczyń krwionośnych. Gdzie zaś są ogniska chroniczne, jest prawdopodobniejszém rozszerzenie się ich drogą naczyń limfatycznych.

Zachod i pytanie, którędy prątki dostają się do ustroju. Ponieważ prątki muszą być przeniesione na ustrój, więc drogą, którą się do niego dostają, może być narząd oddechowy, przewód pokarmowy i inne przewody uchodzące na zewnątrz a bardzo rzadko mogą się one dostać przez bezpośrednie szczepienie. Lecz nie rzadko ogniska pierwotne gruźlicze, prowadzące w dalszym ciągu do gruźlicy ogólnéj, leżą daleko od kanałów i od ogólnéj powłoki ciała. W tych przypadkach nie udało się dotąd znaleźć dróg, któremi się tam prątki dostają a mniemanie Klebsa, że w tych razach następuje ogólne zakażenie skutkiem dostania się do ustroju prątków przez narząd oddechowy lub przewód pokarmowy, poczém prątki te rozwijają się przeważnie w pewnych miejscach, np. szczytach płuc, jest nieuzasadnione; bo równie dobrze można przypuścić, że prątki, dostawszy się jakąkolwiek drogą do ustroju, rozwijają się w miejscach, przedstawiających najkorzystniejsze po temu warunki, t. j. których tkaniny są najmniéj odporne; nie potrzeba więc uciekać się do zakażenia ogólnego. Wszak już dawno spostrzeżono, ze gruźlica rozwija się tylko u pewnych jednostek do niéj usposobionych, które albo w młodości przebywały zołzy albo choć ich nieprzebywały, mają w budowie swéj pewne charakterystyczne cechy. Ludzie zresztą dobrze zbudowani i odżywieni ulegają gruźlicy po chorobach lub nadużyciach wyniszczających. Więc nie ulega wątpliwości, że dyspozycyja narządów i tkanin ma tu wielkie znaczenie; dla tego téż i gruźlica szczepiona daje się wywołać tylko u pewnych zwierząt. Jak zatém z jednéj strony odkrycie Kocha dało bardzo dobry sposób tłumaczenia objawów gruźlicy, tak z drugiéj strony nasunęły się nowe wątpliwości, które drogą doświadczenia usuwać jest zadaniem przyszłości. (*Mitt. d. V. d. Aerzte*, 1883, Nr. 23 i 24). *Dr. Otto.*

Prof. Mikulicz: **Przyczynki do plastycznéj chirurgii nosa.**

Prof. M. podaje szereg operacyj mających na celu polepszenie kształtu nosa zmienionego przez różne sprawy chorobowe lub zastąpienie jego ubytku. Przypadki opisane dzielą się na 4 grupy.

1) Podniesienie nosa zapadniętego w skutek ubytku przegrody chrzęstnéj. Przypadków takich podaje prof. M. cztery, a operacyja polegała na tém, że za pomocą wąskiego tenotomu przecięto podskórnie blizny łączące skórę z pozostałą częścią chrząstki, następnie przecięto blizny jeszcze od wewnątrz w kilku kierunkach a uwolniwszy tym sposobem skórę na dostatecznéj przestrzeni tamponuje się nos gazą jodoformową, który odzyskuje zaraz kształt prawidłowy. W celu utrzymania nadanego kształtu używał prof. M. przyrządu, składającego się z 8 trójkątnych strzemion z drutu powleczonego kauczukiem, z których każde wprowadza się osobno do nosa, tak aby dolna ich część opierała się o brzeg wcięcia gruszkowatego, górna zaś służyła za podporę dla grzbietu nosa.

W pierwszym z operowanych w ten sposób przypadków wynik był z początku świetny, jednak już po miesiącu blizna zaczęła się kurczyć tak mocno, że chora nie mogła znosić przyrządu. Przez pewien czas wkładała jeszcze jedno strzemię, wreszcie i tego zaniechała; jaki był ostateczny wynik operacyi, nie wiadomo.

Drugi operowany nie mógł się nauczyć wprowadzania przyrządu, stracił cierpliwość i operacyja pozostała bez skutku.

Trzeci chory zaniechał również wprowadzania przyrządu zaraz po opuszczeniu kliniki, nos jednak w $2^1/_2$ roku po operacyi miał kształt jeszcze wcale przyzwoity.

U ostatniéj choréj wynik był najlepszy. Blisko w 10 miesięcy po operacyi nos tylko bardzo mało był zapadły, chora nosiła przyrząd tylko w dzień, w nocy zaś wyjmowała go.

Według tych doświadczeń radzi prof. M., aby operacyję tę wykonywać tylko u ludzi mających dość silnéj woli, aby pokonać trudy mozolnego leczenia następowego. U nich operacyja jest wskazana, gdyż może ona dać wyniki bardzo dobre, a w razie nieudania się nie szkodzi choremu zupełnie, gdyż nie zostawia żadnego nowego oszpecenia.

2) Podniesienie nosa zapadniętego z powodu ubytku części chrząstnego i kostnego ru-

sztowania nosowego usiłował prof. M. uskutecznić u młodego chorego w sposób podobny do poprzedniego, tj. przez podskórne przecięcie blizn i podpieranie nosa za pomocą przyrządu opierającego się o brzeg wcięcia gruszkowatego i kość czołową. Wynik był zrazu świetny, lecz wkrótce kurcząca się blizna zmusiła do usunięcia podpórki; nos wrócił do poprzedniego kształtu. Dla tego użył prof. M. innego środka, mianowicie oddzielił od strony jamy nosowéj okostnę wraz ze skórą od wyrostków nosowych szczęki górnéj aż po za brzeg oczodołu, a uwolnioną w ten sposób skórę przeciągnął za pomocą 2 szwów płytkowych ku wewnątrz, tak że utworzył się pięknie zaokrąglony grzbiet nosa. Po 16 dniach oddalono szwy płytkowe, a w celu utrzymania kształtu nosa nosił operowany w dzień mocny pince-nez, w nocy zaś odpowiednio urządzoną klamrę. W ciągu 9 miesięcy nos cokolwiek się zapadł, lecz kształt pozostał wcale dobry, pince-nez trzymal się na nosie mocno.

3) W celu utworzenia przegrody nosowéj skórnéj wybrał prof. M. następujące postępowanie. Na górnym brzegu rowka wargowego utworzył łożysko dla nowéj przegrody potém utworzył płat z końca i dolnéj części grzbietu nosa, następnie skrócił przegrodę chręstną o tyle, aby utworzony płat dał się włożyć i przymocować do utworzonego dlań łożyska na wardze górnéj; wreszcie odłączono skórę na skrzydłach nosowych od chrząstki, którą odcięto o tyle, aby odpowiadały długością swą skróconemu grzbietowi nosa a powstałe przez to płaty skórne zawinięto ku wewnątrz i przymocowano szwami węzełkowemi.

Nos miał kształt bardzo dobry, a na dołączonéj rycinie nie widać żadnéj różnicy od nosa zupełnie prawidłowego.

4) Dla uzyskania podstawy dla nowego nosa w przypadkach całkowitéj rynoplastyki zużytkował prof. M. pozostałe części skóry wobec zupełnego braku chrząstek i kości nosowych w ten sposób, że przez cięcie idące wzdłuż bocznego brzegu wcięcia gruszkowatego oddzielił skórę nosa od policzków, następnie ściął powierzchowną jéj warstwę, a po odwinięciu obu płatów ku górze zespoił je z sobą szwami materacowemi tak, że stanowiły one przegrodę a zarazem podporę dla nowego nosa, który jak zwykle utworzono ze skóry czoła. Po upływie roku nos miał profil i kształt dobry, a po małéj poprawce z powodu zbyt grubéj przegrody skórnéj chora udała się do domu, ciesząc się jeszcze $1\frac{1}{2}$ roku potém nosem wcale pięknym. (Odbitka z Gazety Lekarskiéj 1883). *Dr. Schramm.*

Küstner: **Połogowe zapalenie sutka.**

Zdania co do sposobu powstawania téj choroby do dziś dnia różnią się między sobą. Można je dzielić na trzy kategoryje: 1. Billroth i Winckel uważają chorobę po prostu za flegmonę, a zatém za sprawę zapalną w tkance łącznéj i okołogruczołowéj powstałą w skutek zakażenia przez rozpadliny (*rhagades*) i prowadzącą do ropienia tkanki łącznéj. Zaprzeczają oni zakażeniu saméj tkanki gruczołowéj i nie widzieli nigdy ropienia przyblonkowego. 2. Spiegelberg przeciwnie przypuszcza zakażenie drogą przewodów mlecznych za najczęstsze i w dalszym ciągu naciek i rozpad ropny saméj tkanki gruczołowéj. 3. Schröder wreszcie zatrzymanie mleka w przewodach gruczołu i zatkanie ich uważa za częsty powód choroby twierdząc, że mleko zatrzymane w ropę się rozpada.

Küstner uważając pierwszą formę za najczęstszą twierdzi jednak, że trafia się także, lubo mniéj często, choroba sutka powstała bez zakażenia i tylko na podstawie zatkania przewodów mlecznych zatrzymaném mlekiem, przyczém jednakże, co w téj pracy właśnie jest rzeczą nową i nader ważną, przeczy przemianie mleka w ropę, gdyż badany płyn, otrzymany przez nacięcie, nie przedstawiał w opisanych czterech przypadkach pod mikroskopem ciałek ropy, a poszukiwanie mikroorganizmów dawało zawsze wynik ujemny; stwierdzono zaś kulki mleczne, tłuszczowe. W żadnym z opisanych przypadków chorobowych nie było rozpadlin na brodawce sutka. Co do leczenia, zaleca autor w tych przypadkach z początku opaskę uciskową na sutki; jeżeli jednak naciek nie znika, chełbotanie staje się wyraźniejszém, nacięcie, przy którém nie ropa, lecz mniéj lub więcéj zgęszczone mleko się wydobywa. Nie trzeba wystrzykiwać jamy pozostałéj, ani używać środków dezinfekcyjnych, bo tu ani płyn, ani jama nie były zakażonemi.

Praca ta winna zachęcić do badania za pomocą mikroskopu płynów otrzymanych przez nacięcie ropni rzeczywistych lub wrzekomych, aby przekonać się o prawdzie podanych przez Küstnera szczegółów. (*Archiv f. Gynaekologie.* B. XXII, H. 2). *Dr. Kohn.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie administracyjne Tow. lek. krak. odbyte d. 9 stycznia 1884.
Przewodniczący kol. Obaliński. Obecnych członków 30.
(Dokończenie. Patrz Nr. 5).

Kol. Paszkowski zapytuje prelegenta, w jakim stanie znajdowała się otrzewna w jednym i drugim przypadku operowanym przez kol. Mikulicza.

Kol. Schramm odpowiada, iż w pierwszym przypadku było zapalenie surowiczo-włóknikowe, w drugim nie było zapalenia.

Kol. Paszkowski: Chciałem jeszcze dodać jednę uwagę co do objawu w niedrożności, który ma być wskazaniem do laparotomii bezzwłocznéj. Prelegent bowiem wspomniał, że wtedy, kiedy zapad występuje, nie należy czekać na inne objawy dyjagnostyczne, tylko należy wykonać zaraz operacyję. Otóż to wystąpienie zapadu jest rzeczą względną. Z mego doświadczenia mogę powiedzieć, że chorzy z niedrożnością względnie bardzo dobrze czasem znoszą swe cierpienie i zapad występuje późno. Ile razy miałem sposobność obserwowania takich chorych, to wszędzie, gdzie był zapad znaczny, mogłem go już odnieść do istniejącego zap. otrzewny. W istniejącém zaś zap. otrzewny maleją szanse operacyi. A więc nie można wypowiedzieć zasadniczo zdania, że wtedy operować należy, kiedy występuje zapad. Przytoczę tu jeden przypadek z kliniki prof. Korczyńskiego za czasów méj asystentury, gdzie wszystkie przypady niedrożności były bardzo wybitne i gdzie w 10 czy 12 dniu choroby (po kilkakrotném stósowaniu prądu elektrycznego) niedrożność została usuniętą. W przypadku tym śladu zap otrzewny nie było, ale i zapadu nie było. Kilka przypadków w szpitalu obserwowanych utwierdziło mnie w tém przekonaniu. Nie mówię jednak, żeby zap. otrzewny było jedyną przyczyną zapadu, ale że jest najważniejszą, a operacyja robiona w tém zapaleniu daje szanse jak najmniejsze, a jeżeli jest zapalenie otrzewny ropne, to szanse te są niemal równe zeru. Co do objawów rozpoznawczych chciałem przytoczyć przypadek, który obserwowałem w szpitalu. Przy inwaginacyi często się zdarza, że kiszka wychodzi po za rzyć i przedstawia się jako opadnięcie prostnicy. Przed 2 czy 3 laty miałem taki przypadek, a sekcyja wykazała, że to była znaczna inwaginacyja jelita przez całą kiszkę grubą. Co się tyczy innych szczegółów rozpoznawczych, to właściwie nie można dyskutować o nich bez zebrania i ułożenia materyjałów, jakie mamy z doświadczenia własnego i dla tego sądziłbym, aby dyskusyja nad tym przedmiotem odbyła się na następném posiedzeniu, nie wy-

kluczając jednak i dzisiaj dyskusyi, gdyby który z kolegów zechciał głos zabrać.

Kol. Warschauer: Mnie się zdaje, że laparotomija w takich razach, o których mówimy, nie tak prędko przyjmie się między publicznością i zyska sobie uobywatelenie, zachodzi tu niejakie podobieństwo z laryngotomiją i tracheotomiją. Bo jeżeli wynik korzystny operacyi zależy od tego, że się zawczasu operuje, to publiczność, czyli sam chory na tak prędkie wykonanie operacyi z pewnością się nie zgodzi, jeżeli zaś później robimy, to szanse są bardzo niekorzystne. Tego rodzaju niedrożności zdarzały mi się dość często, a po rozmaitych zabiegach lekarskich przychodzili chorzy do siebie.—U kobiet 3 przypadki sobie przypominam, które się skończyły szczęśliwie Dwa z tych widział i prof. Korczyński. Jedna staruszka 80-letnia, u któréj po użyciu rozmaitych środków w końcu użytą była elektryczność i chora ta przyszła do siebie. Druga 50 letnia, która chorowała przez 10 dni; po rozmaitych lekach w końcu zastósowano elektryczność i chora ta przyszła również do siebie. Trzecia między 30—40 rokiem życia, u któréj po 2 czy 3 dniach choroby zdecydowano operacyję na dzień następny, i tu również po użyciu elektryczności choroba usuniętą została.—Nie chcę przez to powiedzieć, że ten lub ów środek pomaga, ale wydarzają się przypadki, gdzie choroba ta bez operacyi przechodzi w wyzdrowienie, co chorych nie bardzo zachęca do wczesnego zgodzenia się na operacyję. Ale u publiczności wykształconéj może ona z czasem zyskać uobywatelenie.

Kol. A. Rosner: Kol. Paszkowski powiedział, że każde zap. otrzewny jest zupełném przeciwwskazaniem do laparotomii. Ja sam nie mam wielkiego doświadczenia w tym względzie, ale to, co raz widziałem, uleczyło mnie od takiego mniemania. Byłem świadkiem operacyi, wykonanéj przez prof. Mikulicza, gdzie przy operacyi było zap. otrzewny włóknikowo-ropne i to zapalenie na dalszy przebieg nie miało wpływu. Chory umarł 6 dnia po operacyi, ale dla tego, bo przyczyna nie mogła być usuniętą. Także nie mogę się zgodzić na ten *shok, collapsus*, zapad, który ma wskazywać obecność zap. otrzewny. W przypadku tym, mimo zap. otrzewny, zapadu nie było a z drugiéj strony można się przekonać, że przy nagle powstałych inkarceracyjach nawet zewnętrznych następuje zapad, którego przyczyną nie jest z pewnością zap. otrzewny a po usunięciu inkarceracyi ustępuje i zapad.

Kol. Paszkowski: Zastrzegam się, że nie powiedziałem, jakoby zapad pochodził wyłącznie od zap. otrzewny, tylko powiedziałem, że po większéj części a według mego doświadczenia wszędzie, gdzie jest zapad było zap. otrzewny; powtóre nie powiedziałem, że zap. otrzewny jest przeciwwskazaniem laparotomii, tylko że zmniejsza szanse operacyi i że w ropném zap. otrzewny szanse te równe prawie zeru.

Kol. Obaliński: Kolega prelegent najlepiéj nacechował swe zapatrywania co do czasu przystąpienia do operacyi, mówiąc, że 24—36 godzin wystarcza, aby stósując środki wewnętrzne, zazwyczaj w takich razach używane, nabrać przekonania, czy środki te pomagają, albo nie pomagają, i w drugim razie zdecydować się na operacyję. Ostatecznie trzeba raz doprowadzić do tego, aby nie publiczność, jak to się dotąd najczęściéj działo, rozstrzygała w takich razach, lecz my sami; lecz do tego potrzeba, abyśmy sami raz nabrali tego przekonania, że laparotomija najczęściéj jest wskazaną i to już w pierwszych dniach choroby. Tak samo było dawniéj z wskazaniami do tracheotomii i herniotomii, a przecież się zmieniło i to dopiero wtenczas, gdy lekarze stali się pod względem swych orzeczeń więcéj stanowczymi. A nawet w późniejszym czasie wykonana laparotomija może doprowadzić do celu, tak jak to i w herniotomii bywa, gdzie częstokroć zastanawiamy się, czy resekcyję robić, czy też odprowadzić Czasem się zdarzało, żeśmy się zdecydowali pętlę wprowadzić napowrót i chory wyzdrowiał. To samo może mieć miejsce w laparotomii. Wprawdzie na niekorzyść laparotomii przemawia, że tutaj mamy zmiany na rozleglejszéj przestrzeni, gdy w herniotomii zwykle ogranicza się do jednéj pętli. Zarzuci nam ktoś, że wykonywając laparotomiję wczas możemy ją zrobić niepotrzebnie. Cóż złego może się zresztą stać, jeżeli wykonamy laparotomiję tam, gdzie ona nie była wskazaną. Jeden tylko przypadek jest przeciwwskazaniem, tj. gdyby niedrożność stanowił obrzęk kałowy. Ale wtedy nie znajdziemy zap. otrzewny a jeżeli go nie ma, a zrobimy cięcie dyjagnostyczne, to przy dzisiejszéj antyseptyce nic złego stać się nie może. Przypadki te tylko wyjątkowo nie dają się rozpoznać, tak że decydując się na operacyję w przypadku z niepewném rozpoznaniem wyjątkowo wydarzyłoby się, że wykonalibyśmy operacyję tam, gdzie nie była koniecznie wskazaną. Do niedawna sami chirurdzy jeszcze wahali się, ale im się więcéj widzi, tym więcéj uzasadnia się przekonanie, że powinno się zawsze operować. 24—36 godzin powinno wystarczyć, aby przez ten czas próbować różnych środków a w razie nieskuteczności przystąpić niezwłocznie do operacyi, bo szanse są lepsze.

Kol. Mikulicz: Ja się zgadzam na zdanie koll. Schramma i Obalińskiego, że w razie gdy rozpoznanie jest pewne, nie powinno się za wiele czasu tracić na stósowanie innych środków, czekać nie więcéj niż 24—36 godzin: ale właśnie to rozpoznanie jest najczęściéj *punctum saliens*. Najwięcéj czasu traci się na dyjagnozę i rozpoznaje się stanowczo często w takim czasie, kiedy zap. otrzewny daleko już posunięte i przypadek stanowczo stracony; dla tego musimy kolegów internistów prosić, aby swoje doświadczenie w tym kierunku wyzyskali, abyśmy mieli pewniejsze wskazówki do rozpoznania, iżby jak najwcześniéj operacyję przedsięwziąść można. Dopóki jednak rozpoznanie nie jest pewne, my chirurdzy mamy prawo i nawet musimy robić cięcie probiercze w wątpliwych przypadkach w celach dokładnego rozpoznania, a względnie natychmiastowego wykonania odpowiedniéj operacyi. Mnie się zdaje, że nie wszyscy koledzy zgadzają się z kol. Obalińskim, gdy mówił o cięciu dyjagnostyczném i możliwém znalezieniu obrzęku kałowego przy takowém. Mojém zdaniem lepiéj raz natrafić na obrzęk taki operując bez potrzeby a bez szkody, a 9 razy na właściwą przyczynę, która się da usunąć, niż w 10 takich przypadkach wcale nic nie robić. Jabym zmodyfikował zatém zdanie kol. Schramma w ten sposób, że w tych przypadkach, gdzie rozpoznanie jest pewne, mamy operować po 24—36 godzinach, a tam, gdzie rozpoznanie nie jest pewne, gdzie internista nie może stanowczo wykluczyć niedrożności kiszki a gdzie objawy są groźne, tam mamy prawo, a nawet obowiązek, wykonać laparotomiję probierczą.

Kol. Pieniążek: Pozwolę sobie zwrócić uwagę na jednę rzecz, chociaż mam bardzo mało doświadczenia pod tym względem. Mnie się zdaje, że przez chirurgów, którzy robili laparatomiję, dostatecznie jest stwierdzoném, że zetknięcie zdrowéj otrzewny z powietrzem nie jest tak bardzo niebezpieczném, dla tego laparatomija niepotrzebnie zrobiona, jeżeli zachowane są wszystkie środki ostrożności, takiego niebezpieczeństwa dla zdrowéj otrzewny nie sprowadza. Z kolei przypatrzmy się, jaki wpływ może mieć laparatomija w zap. otrzewny. Zapewne gdy chirurg, który zrobił laparatomiję, nie znajdzie zapalenia, będzie mu to przyjemném, bo szanse operacyi są lepsze; jeżeli znajdzie, to wprawdzie szanse operacyi są gorsze, ale nie laparatomija temu winna, tylko zapalenie samo przez się; powiedziałbym raczéj, że w obec zdrowéj otrzewny laparatomija mogłaby zaszkodzić przez narażenie otrzewny na wpływ powietrza, aniżeli wtedy, gdy otrzewna kąpie się w ropie lub w cieczy septycznéj. Taka otrzewna zetknięcia z powietrzem nie potrzebuje się już obawiać. Owszem sądzę, że jeżeli się tę ciecz septyczną lub tę ropę z jamy otrzewny wypuści, że to raczéj może być korzystném dla chorego, niż szkodliwém. Mówię to pod wpływem ostatniéj lapatomii, którą widziałem, a którą widział i kol. A. Rosner, wykonaną przez kol. Mikulicza. Tam się okazała ciecz cuchnąca w jamie otrzewny.

Kol. Obaliński: To co kol. Pieniążek w końcu powiedział jest słusznem i jeden z angielskich chirurgów, nazwiska w téj chwili nie pamiętam, radził, aby w przypadkach ropnego zap. otrzewny zrobić laparotomiję, celem wypuszczenia ropy i przepłukania jamy otrzewnowéj. W końcu chciałem jeszcze z mego doświadczenia przytoczyć, że we wszystkich przypadkach, w których robiłem laparotomiję, natrafiłem na zap. otrzewny. Dotąd operowałem 4 przypadki, przed godziną skończyłem właśnie operacyję w 4 przypadku, we wszystkich było już zap. otrzewny. Pierwsze trzy skończyły się śmiercią, zapewne i czwarty skończy się śmiertelnie. Jednakże nie było to zapalenie ropne, o którém kol. Paszkowski wspomniał, tylko początkowe, to jest że otrzewna straciła swój połysk i była jakby kępkami drobnéj ziarniny pokryta: było to tak zwane zapalenie sine, które nie tak łatwo rozpoznać, jak zapalenie otrzewny ropne. A więc tego za-

palenia nie możemy uważać za ogólne, tylko w skutek niedrożności nagromadza się kał i gaz, rozpycha kiszki, następuje znaczna przeszkoda w krążeniu, zastoina i następowe zap. otrzewny. Ponieważ w moich 4 przypadkach natrafiłem na tego rodzaju zapalenie, a operowałem między piątym a ósmym dniem, muszę więc wnosić ztąd, że gdyby się było operowało wcześniéj, byłby może bodaj jeden chory uratowanym, jeżeli nie wszyscy; bo w każdym z tych przypadków dało się odszukać i usunąć przyczynę zamknięcia jelit.

Kol. Paszkowski: Nie powiedziałem, że zap. otrzewny jest przeciwwskazaniem w laparotomii, ale każdy przyzna, że szanse są gorsze. Ja powstawałem tylko przeciwko zdaniu kol. Schramma, który jako wskazanie do operacyi podał występujący zapad; ja sądzę, że potrzeba innego pewnego symptomu, ale występującego wcześniéj niż zapad. Bo o ile własne doświadczenie mnie poucza, wtedy kiedy wystąpił zapad było już zapalenie otrzewny, a ta daje szanse przy operacyi o wiele gorsze. Ja więc wystąpiłem tylko przeciwko czekaniu na zapad, bo skoro już raz jest zapalenie otrzewny, to także wątpię, ażeby operacyja mogła tu zaszkodzić przez zetknięcie otrzewny z powietrzem, ale nie wątpię także, że szanse jéj są o wiele mniejsze.

Kol. A. Rosner: Kol. Mikulicz powiedział, że dopóki chirurdzy nie nabiorą przekonania, że mają prawo a nawet obowiązek wczesnego robienia operacyi, nawet operacyi dyjagnostycznéj, dopóty szanse nie będą lepsze. Jabym się z têm o tyle nie zgodził, że zwykle nie chirurg, ale internista wstrzymuje chirurga i chorego od operacyi. Szanse operacyi będą dopiero wtenczas lepsze, jeżeli interniści nabiorą tego przekonania, że trzeba jak najwcześniéj operować a nie czekać.

Kol. Schramm: Muszę zastrzedz się przeciwko zarzutowi kol. Paszkowskiego, jakobym powiedział, że trzeba czekać z operacyją aż wystąpi zapad. Powiedziałem tylko, że w przypadkach, gdzie występuje zapad szybko, tam nie wolno czekać; nawet w pierwszych 24 godzinach trzeba operować a w żadnym przypadku nie tracić czasu na stosowaniu innych środków nad 24 do 36 godzin, tylko w razie ich nieskuteczności po tym czasie operować.

Dalszą dyskusyję odroczono na wniosek kol. Paszkowskiego do przyszłego posiedzenia.

Na têm posiedzenie zakończono. *Dr. Szymkiewicz.*

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

(I. S.) Czwarte sprawozdanie Dra Kocha jako przewodniczącego komisyi dla zbadania cholery. Dnia 11go grudnia przybyła komisyja do Kalkuty zatrzymując się po drodze na wyspie Ceylon i w Madras. W miejscowości ostatniéj panuje cholera obecnie, to też korzystając z dwudniowego pobytu tamże rozpatrzyli się członkowie komisyi w stosunkach miejscowości pod względem zaopatrzenia w wodę i kanalizacyi, doznając w tych zatrudnieniach poparcia ze strony tamtejszego doświadczonego *Sanitary Commisionera*. Ze strony władz miejscowych doznaje komisyja w Kalkucie nader przychylnego poparcia tak, że nawet pracownię zaopatrzoną w wodociągi i oświetlenie gazowe otrzymała na czas swoich doświadczeń. Cholera nie wygasa obecnie w téj miejscowości a zwłoki cholerycznych codziennie przywożą z różnych szpitali, aby komisyi zabezpieczyć świeży materyjał do badania i doświadczeń.

W siedmiu punktach zakreśla Koch zadania, których rozwiązaniem ma się zająć komisyja: w pierwszym rzędzie zależy na uzyskaniu dostatecznéj liczby przypadków sekcyjnych, w których można było sprawdzić mikroskopowo i doświadczalnie rezultaty badań przedsiębranych w Egipcie, a zwłaszcza rozstrzygnąć pytanie co do specyficzności prątków cholery i wykazać różnice tychże od innych znanych prątków. Wykazać czy cholera pojawia się u zwierząt, hodować prątki znajdowane w jelitach zwłok cholerycznych celem oznaczenia ich własności bijologicznych, zachowania się w różnych cieczach odżywczych i pod wpływem rozmaitych stopni ciepłoty; szereg doświadczeń z odwietrzeniem, aby prątki powstrzymywać w rozwoju lub téż zupełnie niszczyć; badania ziemi, wody i powietrza w stosunku do przyrzutu cholery a wreszcie szczegółowego zachowania się cholery w Indyjach, a mianowicie: o ile stoi w związku choroba ta z pewnemi właściwościami mieszkańców: wybuchy jéj w więzieniach, wśród wojska i na okrętach; badanie miejsc najczęściéj dotykanych lub omijanych przez cholerę; sposób jéj zawleczenia, już to w samych Indyjach, już téż to poza granice i środki zapobiegawcze szerzeniu się téjże, które się w Indyjach okazały skutecznemi. K. obiecuje po przedsięwzięciu odpowiednich badań przedłożyć wnioski dotyczące bezpośrednio ochrony państwa niemieckiego od téj zarazy.

Jad cholery. Dr. Balfour z Bombayu, który oddaje się badaniom przyczyn cholery i który niedawno zwrócił uwagę, że pożywanie pewnego rodzaju ryb w pewnéj porze roku zdaje się odgrywać znaczniejszą rolę pod względem powstawania cholery, ogłasza obecnie, iż wykrył w krwi jednéj z tych ryb (*Banela*) prątki podobne do tych, które Koch wykrył we wnętrznościach chorych na cholerę w Egipcie. Zamierza on okazy tych prątków przedstawić Dr. Kochowi za powrotem jego do Bombayu. (*The Lancet*).

(J. B.) Ruch ludności w m. Krakowie w ciągu 1883 r. przedstawia się według obliczeń fizyka miejskiego Dra Buszka w sposób następujący:

Małżeństw zawarto razem 565 (448 chrześcijańskich i 117 izraelickich), o 54 mniéj aniżeli w r. 1882 (71 mniéj chrześcijańskich, 12 więcéj izraelickich). Na ludność chrześcijańską przypada 0,91%, na izraelicką 0,55% małżeństw.

Urodziło się dzieci 2125, t. j. 65 mniéj antżeli w r. 1882. Żywo urodziło się 2610 169 mniéj (a nieżywo 115 (6 mniéj), ślubnych było 1281 dzieci, nieślubnych 844; chrześcijańskich 1268, izraelickich 857. Na ludność chrześcijańską przypadało 2,6% urodzin, na izraelicką 4,0%. Na 1000 całéj ludności wypada 29,1 urodzin żywych.

Umarło razem 2208 osób (219 więcéj aniżeli w r. 1882); 1213 mężczyzn i 995 kobiét, 1765 chrześcijan i 443 żydów. Na 1000 całéj ludności umarło 32,0 (29,2 w r. 1882), a mianowicie 36,9 na 1000 ludności chrześcijańskiéj i 20,9 na 1000 ludności izraelickiej. Dziennie umierało 6 osób. Najwięcéj umarło w miesiącu marcu i kwietniu po 226 osób, najmniéj w lutym 163 osób.

W porównaniu z r. 1882 umarło:

z chorób narządu oddechowego	—1 %;	18,9%
z gruźlicy	+1,3%;	18,6%
z chorób zakaźnych	—1,1%;	14,1%
z chorób narządu trawienia	+0,5%;	13,6%
z chorób mózgo-rdzeniowych	—0,8%;	8,4%
z chorób narządu mocz. płciow.	+0,2%;	5,4%
ze starości	+1,4%;	4,6%
z chorób układu naczyniowego	—0,4%;	3,7%
śmiercią gwałtowną	+0,5%;	2,0%.

Zatém więcéj niż 5ta część umarła w skutek gruźlicy i chorób zapalnych narządu oddechowego, przeszło 7ma część z chorób zakaźnych.

Choroby zakaźne najbardziéj grasowały w III obwodzie, gdzie umarło 58 osób, (21 w I i 57 w IIgim obwodzie). Skutkiem ospy umarło 50 osób i to wszystkie były nieszczepione. Z tych przypada 1 osoba na IIIci obwód, 2 na Iszy a 13 na IIgi obwód. Biegunka i choleryna zabrały najwięcéj ofiar w IIIcim obwodzie, mianowicie umarło tamże z biegunki 70 osób, (24 w Iszym i 41 w IIgim obwodzie) a 7 z choleryny. Najmniéj umarło skutkiem gruźlicy w IIIcim obwodzie 42 osób (55 w I i 46 w IIgim obwodzie).

Śmiercią gwałtowną umarło 46 osób, tylko 3 w IIIcim obwodzie. Śmiercią przypadkową gwałtowną 22 osób, skutkiem samobójstwa 11, skutkiem stracenia i zabójstwa 3. Powiesiło się 3, zastrzeliło się 8, otruło się 9. Powyżéj 95 roku dożyły 4 osoby.

W roku 1883 urodziło się 98 osób mniéj aniżeli umarło.

Śmiertelność we Lwowie. W tygodniu od 15 do 19 stycznia r. b. zmarło we Lwowie (liczącym 115.544 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.) 69 osób co odpowiada 31·1 na rok i 1000 m. W tym czasie zmarła 1 osoba z płonicy, 2 z dyfteryi, 4 z dławca, 1 z duru brzusznego, 1 z gorączki połogowéj.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 20—26 stycznia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 36,4. Z ospy umarło 5 (5 z. t.); z odry 0 (1 z. t.); z płonicy 0 (5 z. t.); z błonicy 5 (3 z. t.); z duru brzusznego 1

(1 z. t.); z zimnicy 1 (0 z. t.): z róży 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 8 przypadkach ospy, 1 odry, 4 płonicy, 1 krztuśca. W tygodniu od 13—19 stycznia umarło z ospy w Londynie 5, leczyło się w szpitalach 117, świeżo zapadło 11. W Brukseli, Paryżu, Warszawie, Nowym Orleanie umarło po 2, w Budapeszcie 3, w Liverpolu i Birminghamie po 4, w Wiedniu 5, w Madrycie 6, w Lizbonie 8, w Murcyi 12, w Maladze 22, w Pradze 59, w Madrasie 35. Z duru osutkowego umarło w Pradze, Odesie i Murcyi po 1, w Maladze 2, w Madrycie 3. Z cholery umarło w Kalkucie od 18—24 listopada 17, w Madrasie od 24—30 listopada 25.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 13—19 stycznia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 41,7; we Lwowie 31,1; w Warszawie 27,2: w Wiedniu 27,8; w Budapeszcie 31,2; w Pradze 39,0; w Tryjeście 40,3; w Berlinie 22.7; w Hamburgu 24,7; w Gdańsku 28,6; w Monachowie 28,2; w Dreźnie 26,8; w Lipsku 35,4; we Wrocławiu 32,0; w Brukseli 24,1; w Amsterdamie 32,2; w Hadze 22,8; w Paryżu 25,4; w Londynie 20,5; w Kopenhadze 18.9; w Stokholmie 21,2; w Chrystyjanii 23,9; w Petersburgu 39.0; w Odesie 34,9; w Rzymie 30,1; w Wenecyi 29,3; w Bukareszcie 29,1; w Madrycie 34,9; w Lizbonie 32,3; w Aleksandryi 34,3; w Nowym Jorku 24,1; w Filadelfii 24,4; w Bombayu 25,8; w Madrasie 46,7. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 7 lutego. Na wczorajszém posiedzeniu Towarzystwa toczyła się bardzo ożywiona dalsza dyskusyja nad laparotomiją, przerwana na posiedzeniu przeszłém, a w niéj wzięli udział tak interniści, jako chirurdzy i ginekolodzy. Wykład kol. Kopernickiego musiał być odroczony do posiedzenia przyszłego z powodu pory spóźnionéj.

* W urzędowym dzienniku królestwa Rumuńskiego z d. 9 grudnia 1883 r. czytamy ogłoszenie Dziekana Wydz. lek. w Bukareszcie, że p. Dr. Tadeusz Piasecki na mocy dyplomu doktora wszech nauk lek., otrzymanego w Krakowie d. 11 lipca 1883 r., otrzymał prawo wykonywania praktyki w królestwie Rumuńskiém.

○ **Londyn**. Na posiedzeniu Tow. lekarskiego d. 10 grudnia r. z. toczyła się ciekawa dyskusyja co do leczenia morfinizmu poprzedzona wykładem Dra Richardsona o tym nałogu. Kilku mowców przemawiało za tém, że należy nagle przeszkodzić używaniu morfinu, inni byli zdania, iż należy powoli odzwyczajać chorych. W końcu wynik rozpraw zestawił Dr. Richardson w téj myśli: w niskich stopniach nałogu nagłe usunięcia tego środka jest najlepszém, gdy w wyższych stopniach wskazane jest powolne na kilka dni rozłożone odzwyczajanie. (*The Lancet*).

* **Wiadomości uniwersyteckie. Budapeszt.** Docenci prywatni Drowie Koloman Müller i Emeryk Réczy przedstawieni zostali do nominacyi na profesorów nadzwyczajnych. Dr. Adolf Szili habilitował się jako docent prywatny oftalmoskopii.

* **Wiadomości osobowe.** W Wydziale lek. warszawskim p. Józef Strzeszowski otrzymał stopień lekarza *cum eximia laude*.

* **Nekrologija.** D. 2 b. m. zmarł nagle jeden z najzdolniejszych i najpilniejszych wychowańców Uniwersytetu naszego, Julijusz Waleryjan Klęsk, syn zmarłego profesora gimnazyjalnego, doktorand medycyny, licząc zaledwie lat 23. Wiadomość o jego niespodziewanym a tragicznym zgonie przeraziła wszystkich tak profesorów jak kolegów, co znali sympatycznego i rokującego świetne nadzieje młodzieńca, który przed kilku dopiero tygodniami złożył chlubnie drugie rygorozum lekarskie. To też ostatnią cześć nieboszczykowi oddali profesorowie Uniwersytetu z rektorem na czele i prawie wszyscy uczniowie a najbliżsi koledzy i przyjaciele na barkach swoich zanieśli trumnę, licznemi wieńcami pokrytą na miejsce wiecznego spoczynku; nie mniejszy był udział publiczności wszystkich warstw. Pokój cieniom jego!

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 5: Hoyera: O mikroskopowém badaniu grzybków chorobotwórczych (c. d.); Józefowicza: Przyczynek do użycia olejku terpentynowego w błonicy; Bronikowskiego: Kilka przypadków dyfterytu, leczonych terpentyną. — W *Medycynie* Nr. 5: Obalińskiego: W sprawie chirurgicznego leczenia wola; Rosego: O upuście krwi w chorobach serca (dok.)

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 8 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 16 lutego 1884. № 7. Rok XXIII.

I. Z kliniki chorób kiłowych prof. Neumanna w Wiedniu.

Przyczynek do zmian kiłowych w stawach, ścięgnach, pochewkach ścięgnistych i torebkach maziowych.

Napisał Dr. E. Finger,
docent i asystent kliniczny.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 6).

Anatomija patologiczna. Zmiany anatomiczne tych wątpliwych spraw chorobowych są tylko niedokładnie zbadane. Pierwszym, który przytacza sekcyję kiłowego zajęcia stawowego, jest Coulson (*Lancet* 1858, I, 12 *March*). Mężczyznę 41 lat mającego, przyjęto do szpitala dnia 2 października 1857. Podaje on, że poprzednio kilkakrotnie był tryprem dotknięty. W roku 1855 miał wrzód na prawém podudziu, który lekarz uznał za kiłowy i leczył odpowiednio. W czasie przyjęcia miał on więcéj wrzodów pełzających kiłowych na odnodze dolnéj lewéj; jeden z nich mający 2″ średnicy znajdował się w zgięciu kolanowém, sięgał dość głęboko i odsłonił tamże ścięgna. Zastósowano jodek potasu. W tydzień po przyjęciu chory nagle począł się uskarżać na gwałtowny ból w lewym stawie kolanowym, który obrzękł, zaczerwienił się, podudzie zgięło się do uda pod kątem prostym a zginanie i prostowanie było niemożliwe. Gwałtowne bóle, zwiększające się wycieńczenie zmusiły Coulsona do amputacyi w dolnéj trzeciéj części uda. W kilka dni potém umarł chory z świeżo powstałego zapalenia opłucny i otrzewny. Badanie odjętego członka wykazało, że kilak przedarł się ze zgięcia kolanowego do jamy stawowéj, która była napełniona ropą. Nie mamy więc właściwie prawa mówić o kiłowém zapaleniu stawu, chodziło tu raczéj o urazowe ostre, ropne zapalenie błony maziowéj.

Lücke (1867. *Dactylitis syphilitica. Berl. klin. Woch.*) mowi także o zołzowém zwyrodnieniu stawu. Odpowiednio do kępczastych kilakowych złogów napotyka się tu i ówdzie miejscowe zgrubienie torebki z małym przybytkiem cieczy stawowéj.

Vedmannson (1869. *Nord. med. Arch.*) podaje wynik sekcyi odbytéj na oficerze zmarłym z kiły, który oprócz innych zmian kilakowych w kości i w okostny okazywał także zapalenie błony maziowéj obu, a szczególnie prawego stawu kolanowego, ze zgrubieniem i tworzeniem się kosmków na torebce.

Riesel (1870. *Berl. klin. Woch.*, Nr. 50 i 51) przytacza sekcyję niewiasty, która prócz innych objawów okazywała zajmujące zmiany w lewym stawie kolanowym. Na lewéj piszczeli, na kłykciu zewnętrznym, przedstawia się środkowa połowa płaszczyzny chrząstkowéj żółtawo-zabarwioną, zaćmioną i okazuje płaskie, faliste wyniosłości; w środku tychże znajdują się dwie blizny wielkości grochu o dość ostrych brzegach, w skutek utraty chrząstki powstałe. Podobne zmiany znajdowały się na płaszczyźnie stawowéj kłykcia wewnętrznego. Znacznie większe i głębsze, pozornie aż do kości sięgające, zabliźnione wrzody chrząstki zauważono na dolnéj płaszczyźnie stawowéj piszczeli; leżą one więcéj w obwodzie. Na błonie maziowéj nie znajdowały się ważniejsze zmiany za życia. Objawy były względnie nieliczne i polegały na lekkiém obrzmieniu i małém zboczeniu czynnościowém w kolanie. Riesel opisuje daléj preparat, pochodzący z sekcyi kobiety kiłowéj, która za życia okazywała obrzmienie stawu kolanowego, ból i trzeszczenie przy czynnym i biernym ruchu, stałém ułożeniu stawu kolanowego w mierném zgięciu, co żywo przypomina przypadek wyżéj przytoczony Morgagniego. Sekcyję wykonał prof. Volkmann. Kość udowa i piszczelowa były nadzwyczaj lekkie, kory części środkowych brak zupełny, a była ona zastąpiona kostniakami do mchu podobnemi, które na części końcowéj stawu kolanowego były uderzające, zwłaszcza że na powierzchni leżały liczne wydrążenia wielkości soczewicy, mniéj lub więcéj głęboko sięgające. W stanie świeżym wydrążenia te wypełnione były masą kilakową, która wywoła-

ła rozpad kości i chrząstki. Jama stawowa zawierała mierną ilość mętnéj mazi, ropy żadnéj nie było, więzadła i torebka były prawidłowe.

U Lancereauxa (l. c. str. 202) czytamy o rezultacie sekcyi odbytéj na kobiecie kiłowéj, która prócz innych objawów kiłowych, jak wrzodów i zwężenia tchawicy, kilakowego zajęcia wątroby, okazywała także zmiany w obu stawach kolanowych. Oba stawy kolanowe mają większą objętość, a każdy zawiera więcéj niż szklankę surowicy mętnéj. Błony maziowe zgrubiałe i nastrzykane, pokryte są większą ilością błon wrzekomych; płaszczyzna chrząstki lewego zewnętrznego kłykcia na jedném miejscu wyżarta. Chrząstki stawowe obu rzepek wyżarte i wrzodami pokryte, te jednak zmiany są tylko następowe, pierwotna bowiem sprawa chorobowa znajdowała się w tkance łącznéj stawu. Po prawéj stronie część ścięgna rzepki tkanka tłuszczowa naokoło torebek maziowych i cała tkanka włóknista, jak daleko się tylko na piszczeli uczepia, przeobrażona w żółtawo-szarą, jednostajną, sprężystą masę, 4cm. grubości w środku wynoszącą. Masa ta jest natury kilakowéj. Pojedyńcze włókniste więzadło przedstawia ścięgno rzepki, masa kilakowa podzielona włóknistemi, poprzecznemi belkami na kilka małych obrzęków. Więzadła półksiężycowe i międzystawowe są nietknięte. Tak samo przedstawia się lewy staw kolanowy. Między ścięgnem rzepki i piszczelą znajdował się złóg masy kilakowéj, którego budowa podobną jest do kilaków wątroby.

Giess (1881. Z zakładu prof. Thierfeldera. *Deutsche Zeitschrift f. Chir.* XV) miał sposobność badać anatomicznie i pod drobnowidem stawy kolanowe kobiety kiłowéj, po raz pierwszy rodzącéj, a zmarłéj w połogu. W obu stawach był obraz na pierwszy rzut oka podobny do obrazu wywołanego przez *arthritis deformans.* Na kłykciach w kilku miejscach była utrata chrząstki, utrata zastąpiona była gęstą, narośniętą tkanką. Błona maziowa wszędzie zgrubiała, w kościach żadnych zmian. Pod mikroskopem okazała się powierzchnia stawowa chrząstki po największéj części pokryta gęstą tkanką łączną. Za kiłą przemawiały wrzody zabliźnione w gardle, ubytki na podniebieniu twardém, oraz kilaki wątroby i płuc.

Méricamp (1882. *Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques tertiaires. Thèse.* Paris) o którego poglądach na sprawy chorobowe w stawach w okresie trzeciorzędnym kiły już wspomnieliśmy, przytacza sekcyją uzupełniony przypadek, który dla jego ważności tutaj przytoczę. Dotyczy on kobiety, która w r. 1856 zachorowała na kiłę, w r. 1859 cierpiała na obrzęk stawu łokciowego, który po kilku powrotach ustąpił za użyciem jodku potasowego. W r. 1874 cierpiała na obrzmienie lewego kolana i łokcia przez kostniaki wywołane, jakoteż na liczniejsze kostniaki w szkielecie. Do obrzmienia stawu kolanowego przyłączył się zwolna powstający surowiczy wysięk. W lutym 1882 r. umarła. Sekcyja wykazała: Części składowe stawu nietknięte, z wyjątkiem powierzchownych nadżerków w chrząstkach. Część środkowa kości udowéj podwójnie zgrubiała; pod chrząstką stawową gromadka żółtéj, papkowatéj masy, któréj badanie drobnowidowe wykazuje cechę kilakową. To samo znaleziono na stawie łokciowym. O sprawach kiłowych ścięgien wiemy bardzo mało, a o torebkach maziowych nie mamy wcale żadnych wyników sekcyi. Tak czytamy u Vidala de Cassis (l. c, str. 583): kiłowo-schorzałe ścięgno zachowuje prawidłową barwę, jest jednak obrzmiałe, czyto z powodu zgrubienia włókna, czy téż przez ciecz białkowatą na wpół stężałą. Obrzęki kiłowe ścięgien znajdują się jużto na powierzchni, jużtéżto wewnątrz. Pierwsze są częstsze a wtedy obrzęk tworzy wyniosłość i kończy się ropieniem, całość ścięgna nie bywa naruszoną. Kilowy obrzęk wewnątrz ścięgna nagabuje włókna i przybiera postać jajowatą albo stożkowatą.

Kazuistyka. Niechaj mi będzie wolno przytoczyć tutaj kilka przypadków, które sam spostrzegłem:

Przypadek I. M. S., 21 lat, praczka, 3 maja 1881 przyjęta do kliniki z powodu kiły, podaje, że ostatni raz spółkowała mniéj więcéj przed 5 miesiącami, od czterech miesięcy jest chorą, od 3ch miesięcy spostrzega wysypkę. Stan obecny: Warga mniejsza prawa przedłużona na kształt fartuszka, barwy sinéj, twardsza niż lewa. Na jéj wolnym brzegu, prawie w środku, znajduje się guz wielkości orzecha laskowego, nadzwyczaj twardy, przyskórkiem pokryty i zsiniały, na międzykroczu ku tylnemu spoidłu kilka nacieków nieprzewyższających wielkości soczewicy, miernie twardych, przyskórkiem powleczonych. Gruczoły limfatyczne w pachwinach obrzmiałe od wielkości jaja gołębiego do orzecha laskowego, gruczoły na szyi nie przekraczają wielkości orzecha, są liczne, bezbolesne. Na tułowiu znajdują się rozsiane guzki wielkości soczewicy, płaskie, brunatno czerwone, łuszczące się. Takie same skupione na czole, a na głowie włosami porosłéj napotyka się grudki strupkami pokryte. Włosy na głowie suche, za lekkiém pociągnięciem obficie wypadają. Oba migdałki są powiększone, pokryte powłoką do słoniny podobną i lekko podniesioną. Leczenie: Jodek potasowy 1,0 dziennie, plaster rtęciowy na wrzód stwardniały i grudki na częściach płciowych. Ciepłota ciała w dniu 19 maja wieczorem wynosiła 39,4°, chora skarży się na bóle w stawach. 20 maja ciepłota rano 38,7, wieczór 39,3, ból i darcie we wszystkich członkach. Ucisk na prawy staw łokciowy i barkowy, jak i poruszanie tegoż jest bardzo bolesne, chociaż przedmiotowo niczego nie można było wykazać. W dniu 21 maja ciepłota wynosiła rano 38,1, wieczór 40,1. 22 maja ciepłota rano 38,6, wieczór 39,8. Chora skarży się na silne bóle, skutkiem których wszelkie ruchy są upośledzone, bóle powstają same przez się, szczególnie nocą występują gwałtownie w prawym stawie łokciowym i barkowym, jakoteż w lewym kolanowym. Stawy te i ich otoczenie przy lekkiém poruszaniu bolesne, zarysy prawego stawu łokciowego i barkowego nieco pełniejsze niż stawy po przeciwnéj stronie. I lewy staw kolanowy jest nieco nabrzmiały, rzepka chełbocze. Polecono salicylan sodowy 5,0 dziennie. Dnia 23 maja ciepłota rano 38,1; wieczór 39,7. Mimo salicylanu sodowego stan nie polepsza się; prócz na ból w dotkniętych stawach, pacyjentka uskarża się także na ból w prawym stawie nadgarstkowym i w lewym barkowym. Nabrzmienie tych stawów jest mierne, a nad lewym stawem barkowym pod szczytem łopatki daje się wyraźnie czuć chełbotanie. Na kłykciu wewnętrznym uda prawego, odpowiednio do ścięgien mięśnia krawieckiego, m. smukłego, m. półścięgnistego, znajduje się obrzęk 6cm. długi, wyraźnie chełboczący, bolesny. Skóra nad nim lekko zaczerwieniona i obrzękła. Na grzbiecie ręki prawéj od linii biegnącéj między członkami palców a śródręczem aż do więzadła nadgarstka obrzęk składający się z czterech lekko rozbieżnych, wyraźnie chełboczących, bolesnych obrzęków, skóra nad nim zaczerwieniona i bolesna. Polecono salicylan sodowy 5,0 na dzień. 24 maja ciepłota rano 38,6, wieczór 39,2. Obrzmienie obu stawów barkowych i prawego łokciowego powiększyło się,

ponad wszystkiemi wyraźne chełbotanie. Zarysy lewego stawu kolanowego zacierają się, rzepka balotuje, po obu jéj bokach obrzęki chełboczące. Torebka nadkolanowa maziowa również chełbocze. Nabrzmiałość wzdłuż ścięgien mięśni smukłego, krawieckiego, półścięgnistego po lewéj stronie sięga w górę prawie aż do pierwszéj trzeciéj części uda. I na zewnętrznéj stronie kolana lewego, na główce strzałki poczynające się obrzmienie, odpowiadające ścięgnu mięśnia dwugłowego, prawie na szerokość ręki chełboczące, znacznie bolesne. Obrzmienie na grzbiecie ręki prawéj dość napięte, bolesne, skóra opuchła, zaczerwieniona, a obrzęki odpowiadające ścięgnom, które wczoraj wyraźnie oddzielić się dawały, dzisiaj przemieniły się w jeden chełboczący obrzęk. Salicylanu sodowego polecono daléj używać; w sercu nie ma żadnéj zmiany. 25 maja ciepłota 37,8, wieczór 39,2. Obrzmienie stawów i pochewek ścięgnistych znaczniejsze niż wczoraj ruchy w częściach chorych są niemożliwe. Gdy salicylan sodowy nie wywarł dotąd żadnego skutku, a zimne okłady na części chore zaledwie ból uśmierzyły, przypuszczając, że zapalenie stawu i pochewek ścięgnistych może być w związku z kiłą, poleciłem 2,0 jodku potasowego, którego chora więcéj już nie brała, odkąd sprawę chorobową za gościec uważano. Skutek był uderzający. 26 maja chora pierwszą noc lepiéj spała i czuła się swobodniejszą. Ciepłota rano była 37,8. Obrzmienie stawów i pochewek ścięgnistych niezmieniło się, bolesność jednak przy ucisku zmniejszyła się. Podawałem po 2,0 jodku potasowego rano, w południe i wieczór. Ciepłota w południe 37,6, wieczór 37,1. Dnia 27 maja ciepłota rano wynosiła 37,6, wieczór 37,4. Stan choréj znacznie lepszy, bolesność jak i obrzmienie, szczególniéj pochewek ścięgnistych, są mniejsze. Chora zażywała rano i wieczór po 2,0 jodku potasowego. 28 maja ciepłota rano 37,4, wieczór 37,1. Obrzmienie i bolesność prawie zupełnie ustąpiły, tylko pochewki ścięgniste na grzbiecie ręki prawéj jeszcze nieco sprężystsze, poruszenie bolesne. Polecono brać 4,0 jodku potasowego na dzień. 31 maja ciepłota rano 37,1, wieczór 37,4. Stawy i ścięgna zupełnie bezbolesne. 10 czerwca zniknęła wysypka grudkowa aż do reszty barwika. Podawanie jodku potasowego zmniejszono do 1,0 na dzień. 28 czerwca ciepłota rano 37,1, wieczór 37,7; 29/6 ciepłota rano 37,1, wieczór 37,6; 30/6 ciepłota rano 37,4, wieczór 37,6. Chora skarży się na bóle w lewym stawie biodrowym i nadgarstkowym. Na grzbiecie ostatniego obrzmienie płaskie, prawie wielkości talara, chełboczące, bolesne. Jodku potasowego używa chora 3,0 dziennie. 2go lipca obrzmienie i ból ustępują. 5go lipca stawy są wolne. 14 lipca skoro wszystkie oznaki kiły zniknęły chora wypuszczoną została.

P r z y p a d e k II. Pan F. U., lat 28, chemik, zasięgał méj rady w pierwszych dniach kwietnia 1882 z powodu wrzodu pierwotnego, przeciw któremu zastósowałem plaster rtęciowy, a gdy wkrótce potém wystąpiła wysypka plamisto-grudkowa, poleciłem robić wcierania szaréj maści. 20 wcierań wystarczyło, aby u silnego, mało tylko pozornie kiłą dotkniętego pacyjenta usunąć wszelkie objawy i z końcem maja opuścił pan U. Wiedeń, aby udać się do swych rodziców do Styryi. Przez 2 miesiące nie słyszałem nic o nim, aż w połowie sierpnia przedstawił mi się ponownie w dość smutnym stanie, był dość wynędzniały, niedokrewny, a chodził przy pomocy laski i mając nogę prawą sztywną. Z opowiadania chorego, jak z listu leczącego go dotąd lekarza, dowiedziałem się, że pacyjent, który przebywał u swoich rodziców w zdrowéj okolicy górnéj Styryi, przez miesiąc czerwiec znajdował się w bardzo dobrym stanie, lecz wbrew mojemu zakazowi, przedsiębrał sam kilka większych przechadzek po górach. Około 10 lipca 1882 zapadł wśród gwałtownéj gorączki na szybko zwiększające się, bolesne obrzmienie prawego stawu kolanowego, które przez leczącego go lekarza za gościec stawowy uznane zostało i stósownie do tego leczone było wielkiemi dawkami salicylanu sodowego, a gdy to nie pomogło, większemi dawkami chininu. Prawie dłużéj niż tydzień trwała gorączka i gwałtowny ból, które potém zwolna ustąpiły i tylko obrzmienie stawu pozostało. Pędzlowanie jodem, ciepłe okłady, wywołały bardzo małe polepszenie. Odkąd pacyjent więcéj przechadza się, czuje często właściwe tarcie i trzeszczenie w stawie połączone z niewielką bolesnością, która jednak mimo to zmusza go trzymać sztywnie prawą nogę przy chodzeniu. Badanie wykazało co następuje: Prócz blizny na prąciu, małego obrzmienia gruczołów, nieco powiększonych migdałków, żadnych zmian kiłowych nie można wykazać. Prawy staw kolanowy w porównaniu z lewym jest dość znacznie nabrzmiały, rzepka wyraźnie balotuje, przy ucisku na nią jak i przy chodzeniu i skurczaniu mięśnia czworogłowego występują po obydwu jéj stronach chełboczące obrzęki, rzepkę półkiężycowo z obu stron otaczające. Torebka maziowa nadkolanowa sprężysta chełbocze. Skóra jest niezmienioną, przy nacisku na rzepkę i lekkich ruchach w stawie kolanowym daje się czuć a przy szybszém poruszaniu nawet słyszeć, trzeszczenie, ucisk na staw prawie nie jest bolesnym, poruszanie tegoż jest tylko miernie bolesne. Wychodząc z przekonania, że sprawa chorobowa stawu, któréj przebieg mało podobieństwa okazywal do gośćca, pozostaje w związku z kiłą, radziłem panu U., nim się ostatecznie uda do Badenu, jak mu radzono, przeprowadzić leczenie przeciwkiłowe i zapisałem mu 3,0 jodku potasowego na dzień. Skutek odpowiedział mojemu oczekiwaniu. Do początku września, a więc po zażyciu blisko 60,0 jodku potasowego, większa część wysięku w stawie kolanowym wessaną została, tylko lekkie balotowanie rzepki pozostało, za to jednak dawało się wyraźniéj słyszeć podmiotowo i przedmiotowo trzeszczenie, bolesność jednak zupełnie ustąpiła. Leczenie daléj prowadzone aż do końca września i pilne używanie ciepłych kąpieli miały ten skutek, że pacyjent znów używać może nogi prawéj i tylko przy szybkim albo silnym ruchu czuje jeszcze tarcie w stawie, któryto stan jeszcze dziś, a więc po przeszło pół roku, jest niezmieniony. (C. d. n.)

II. Przyczynek do nauki o alkoholizmie.

Napisał prof. **J. Mierzejewski** w Petersburgu.

(Dokończenie. Patrz Nr. 6).

Komisyja otrzymała 10 sierpnia zawiadomienie, podpisane własnoręcznie przez P., donoszące o jego chorobie. Na zapytanie zadane P. przez komisyję, co się z nim działo od d. 8go sierpnia do czasu jego wyzdrowienia, obwiniony odpowiedział, że o niczém nie wie, gdyż był ciągle w stanie nieprzytomnym. Nie pamięta, czy był 8 sierpnia u gubernatora z raportem o stanie miasta. O okolicznościach, które poprzedziły dzień 8 sierpnia P., dał następujące wyjaśnienia: Do obowiązków jego należało codzienne składanie raportu gubernatorowi; bywały jednak dni, w których zajęty innemi czynnościami służbowemi zastępował się dozorcami policyj-

nymi. Nigdy nie chorował dłuższy czas, a jeśli kiedy jednę dobę nie pełnił służby, zastępujący go policyjny dozorca zawiadamiał gubernatora o przyczynie nieprzybycia P. z raportem. Taki porządek utrwalił się i nigdy nie był naruszony do d. 8 sierpnia. Dalej P. zeznaje, że w czasie poprzedzającym dzień popełnienia bezprawi nie był chorym, lecz czuł się podnieconym, co przypisuje nadużyciom wyskoku. Pojmanie głośnego złoczyńcy Ł. dało mu pochop do wypicia w d. 8 sierpnia więcéj niż zwykle; dnia ujęcia Ł. właściwie nie pamięta, lecz wie, że to było na kilka dni przed 8ym sierpnia; zachwycony powodzeniem swéj wyprawy, rozmarzony składanemi powinszowaniami, jako człowiek młody i unoszący się, P. zaczął pić coraz więcéj, nie bacząc na skutki tego rodzaju postępowania. Utrzymuje on z całą szczerością, że zawsze lubił wypić, lecz na stanowisku policmajstra nie nadużywał napojów; nie wytrwał jednak w postanowieniu nie nadużywania napojów, dzięki zakorzenionemu w narodzie rosyjskim zwyczajowi, że w każdym mniéj zwykłym wypadku zmuszają do wypicia; obrazić zaś zastarzały zwyczaj jest rzeczą nie zawsze możebną i godziwą. Życie tego rodzaju, a zwłaszcza lekkomyślny charakter P., złożyły się na to, że nie raz mu przyszło upić się; lecz starał się on obliczać swój czas w ten sposób, ażeby mógł otrzeźwieć do rana, wiedząc, że przed sobą ma obowiązki do spełnienia; chociaż zdarzały się przypadki, że ten stan odurzenia trwał cały dzień następny. Z dniem ujęcia zbrodniarza Ł. skłonność P. do picia zamieniła się w nałóg; P. pił przez całą noc, poczém czuł się niedobrze, w ciągu kilku dni nie mógł spać i doznawał jakichś drgań nerwowych. Następnie P. wymienił osoby, z któremi obcował przed popełnieniem bezprawia i wkrótce potém i prosił o przesłuchanie tych świadków pod przysięgą.

Dozorca policyjny P...ch zeznał, że i przed dniem dokonanego występku P. nie codziennie pełnił swe obowiązki, czy 8 sierpnia był P. z raportem u gubernatora, świadek nie jest zupełnie pewny, lecz natomiast wie z pewnością, że zdarzało się mu, czyto z powodu choroby, czy upicia się, że wyręczał się w téj czynności zastępcą. Od 1 do 8 sierpnia P. nadużywał bardzo napojów wyskokowych, lecz przybywał do bióra, a w jakim stanie, świadek nie wie. Po dopełnieniu występku P. wrócił do domu i był w stanie nienormalnym.

Aptekarz szpitala wojskowego R. zeznał zaprzysiężony, że często bywał u P., spotykał tu licznych współbiesiadników i może zeznać, że pito wiele. W ogóle P. od pewnego czasu, mniéj więcéj od dnia pojmania Ł., był w stanie nieprawidłowym, pił wiele, jeździł w nocy a spał mało; można twierdzić, że kilka nocy z rzędu, które poprzedziły noc 8 sierpnia, P. nie spał, a w dzień zapijał się. W d. 8 sierpnia o godzinie 1 popołudniu zebrało się u P. kółko dobrych znajomych, którym gospodarz oświadczył, że już kilka nocy nie śpi, a za to wiele pije, wkrótce całe towarzystwo udało się na obiad do kawiarni, gdzie do wieczoru oddawano się piciu. Koło 10éj godziny świadek powrócił do domu, zostawiając P. w kawiarni. Cały czas obwiniony pił więcéj od innych i zdradzał usposobienie zaczepne, oczy miał zaczerwienione. Podczas obiadu wywołał sprzeczkę z chorążym D., zaledwie zażegnaną przez wmięszanie się współbiesiadników.

Lekarz okręgowy Tołmaczew zeznał, że mniéj więcéj 10 sierpnia rano wezwał go oficer D. do chorego policmajstra. Zapytany przez świadka o szczegóły choroby, D. odpowiedział, że ten znajduje się w stanie pomięszania umysłowego. Po przybyciu do mieszkania obwinionego zastał go świadek rozpiętego i bez krawata; P. chodził prędko po pokoju, zaczynał nucić, to znowu giestykulując rozprawiał sam z sobą. Zapytany o zdrowie odpowiedział: „zdrów jestem". Chodząc po izbie, to wpadał w stan wesołości i zachwytu, przypominając różne wesołe przygody swego życia, to znowu bywał gniewny i groził komuś chcącemu uczynić mu krzywdę. Czasem znowu żegnał się i śpiewał pieśni pobożne. W ogóle przejście z jednego stanu w drugi było u P. nagłe, sąd o rzeczach sprzeczny, niejasny. Wszelkie usiłowania uspokojenia P. pozostały bez skutku. Z objawów fizycznych można było stwierdzić rozpalenie głowy, zaczerwienienie ócz z łzawieniem, suchość obłożonego języka, który w mowie plątał się; z ust czuć było wyskok; tętno pełne, częste, chód nieco nierówny. W ogóle stan P. zdradzał obłąd pijacki. Przy świadku przybyła i zbadała obwinionego osobna komisyja lekarska, przez wyższą władzę wyznaczona. Świadek mniema, że należy w tym przypadku usunąć wszelką myśl udawania.

Redaktor miejscowego urzędowego dziennika zaprzysiężony zeznał, że w m. sierpniu, którego jednak dnia nie pamięta, otrzymał uwiadomienie od chorążego D., że P. dostał pomięszania zmysłów. Pod wpływem silnego wrażenia świadek pospieszył do mieszkania P. i już w przedpokoju doszła jego uszu nuta kościelnych śpiewów, naprzemian z wesołemi piosnkami. Wchodząc do pokoju ujrzał świadek obwinionego jedynie w bieliźnie, siedzącego na krześle i bezmyślnie wpatrującego się w kąt. Na zadane sobie pytania albo zupełnie nie odpowiadał, albo téż mówił bez związku o jakichś wrogach. Na drugi dzień po odbytéj komisyi świadek przeprowadził P. do swego mieszkania, gdyż widząc jego stan pragnął go mieć u siebie, a nie w szpitalu, gdzie obwiniony nie miałby niezbędnych wygód. Na drugi dzień po nocnéj wizycie u P. wezwał świadka p. o. gubernatora, i zażądał raportu od P. o stanie jego zdrowia. Świadek sam zredagował ów raport i dał P. do podpisu; obwiniony bez uwag wziął pióro do ręki, ale że był nieprzytomy, świadek ujął jego rękę i kierował nią przy podpisywaniu raportu. P. otrzymawszy posadę policmajstra zaprzestał pić; lecz wkrótce wdał się w hulanki graniczące z pijaństwem. Na dzień przed fatalną nocą, świadek w jego towarzystwie jadł obiad; tak przed obiadem jak i po obiedzie pito wiele wina i wódki i tak spędzono czas do godziny 9éj wieczorem. Czując się niedobrze świadek powrócił do domu, zostawiając P. grającego w bilard. Podczas obiadu P., który wyróżniał się zazwyczaj dobrym humorem, był w jakimś dziwnym nastroju, czepiał się słówek, kłócił się i parę razy zamierzał opuścić biesiadę, lecz go zatrzymano; nakoniec poweselał, lecz mówił bez związku.

Asawuła F. zaprzysiężony zeznał, że obwinionego nie znał, spotykał go czasem w sprawach służbowych i u wspólnych znajomych. Od czasu zamianowania P. policmajstrem dłuższy czas świadek nie widział go, a spotkawszy się z nim raz w towarzystwie spostrzegł różnicę w obchodzeniu P. z sobą; nie znając przyczyny świadek zapytał się trzeciéj osoby, czy nie wie, dla czego okazuje mu swe niezadowolenie i otrzymał odpowiedź, że obwiniony znajduje się w stanie niezwykłego rozdrażnienia i podobnie obchodzi się ze wszystkimi, o czém świadek sam wkrótce przekonał się. Spostrzeżono również tego samego dnia, że P. po wypiciu dwóch kieliszków wódki zasłabł, a rozprawiając plątał się w swych sądach; okoliczność ta tém więcéj prze-

konała świadka i wszystkich obecnych o nienormalnym stanie zdrowia P. i była tłumaczoną kłopotami i nieprzyjemnościami złączonemi z obowiązkami policmajstra. Świadek w lipcu wstąpił do P. w interesie prywatnym, i zastał go w stanie podnieconym; obwiniony rozprawiał od rzeczy o sprawach policyjnych itd., tak że pomimo wszelkich wysiłków świadek nie był w stanie pomówić o własnym interesie i odjechał z przekonaniem, że P. jest chory. Nazajutrz po zajściu był u obwinionego, lecz ten nie wspomniał o zajściach minionéj nocy; wreszcie P. znajdował się w takim stanie, że wątpić należało, aby mógł był opowiadać. Był tak podrażniony, że trzeba było go powstrzymywać i dozór nad osobą chorego stał się niezbędnym. Kiedy świadek poprzednio był u P. w interesie, obwiniony był trzeźwy, co wnosić należało nie z jego zachowania się, lecz z tego, że z ust nie czuć było wyskoku; 9go sierpnia widocznem było, że P. nie spał i za wiele wypił.

Podpułkownik T. zaprzysiężony zeznał, że był u P. nazajutrz po dowiedzeniu się, że ten ostatni zachorował na obłąd pijacki. Świadek zastał P. leżącego, lecz nie śpiącego w stanie silnie podnieconym; nic z nim nie rozmawiał; na krótki czas przed chorobą P. świadek dwa razy go odwidził, i każdorazowo zastał u niego liczne grono ludzi wojskowych biesiadujących, sam zaś P. był wyraźnie podpity.

Asawuła H. zeznał, że dowiedziawszy się o chorobie P. pospieszył go odwidzić i zastał klęczącego i śpiewającego z związanemi rękami pieśni nabożne. Wszelka rozmowa z P. była niemożebną, gdyż on był w stanie zupełnéj nieprzytomności. Przed zajściem 8 sierpnia świadek widywał obwinionego w stanie nieprawidłowym i wyrobił sobie przekonanie, że P. nadużywa wyskoku.

Po zestawieniu wszystkich okoliczności komisyja sądowo-wojskowa, przesyłając akta Zarządowi lekarskiemu, prowincyi Zabajkalskiéj, załączyła następujące uwagi: Ponieważ P. tak podczas badania jak i w sądzie zeznał, że nic nie pamięta, co popełnił w nocy 8 sierpnia, gdyż był bardzo pijany, a zeznanie to stwierdzają świadkowie i świadectwo lekarskie, komisyja czuła się w obowiązku zadać sobie pytanie, czy P. popełnił występek w stanie poczytnym? Prawo kryminalne wymaga, ażeby w razie popełnienia zbrodni w stanie pomięszania lub nieprzytomności, ten nieprawidłowy stan umysłu został ściśle udowodniony; najsilniejsze upicie się nie może być przyczyną niepoczytności z wyjątkiem, jeśli przepicie się wywołało obłąd pijacki, podczas napadu którego zbrodnia popełnioną została; a ponieważ w myśl § 48 ustawy lekarskiéj wszystkie wątpliwości sądowo-lekarskie, powstałe śród prowadzenia spraw kryminalnych, również jak i ocenianie świadectw wystawionych przez lekarzy, odsyłają się do zaopinijowania Zarządom lekarskim, więc komisyja wojskowo sądowa na podstawie przytoczonego paragrafu, odsyłając akta, zażądała wyjaśnienia i odpowiedzi na następujące pytania:

1) Czy materyjał śledczy i świadectwo lekarskie dają dostateczną podstawę do nabrania bezwzględnego przekonania, że P. w skutek nadużyć wyskoku dostał tak silnego napadu obłędu pijackiego, że występne czyny, które popełnił w nocy z 8 na 9 sierpnia, wykonał w stanie nieprzytomnym?

2) Czy jest rzeczą możebną, ażeby w skutek nadużycia wyskoku powstał nagle tak silny napad obłędu pijackiego, że chory, tracąc zmysły, popełnia zbrodnię, czyli też choroba rozwija się stopniowo, występując początkowo w napadach lekkich?

Zarząd lekarski rozpatrzywszy się w aktach doszedł do następującego przekonania: p. o. policmajstra P. nadużywał napojów, a wnosząc z zeznań stawał się po każdém upiciu się rozdrażnionym i kłótliwym. Wkrótce przed popełnieniem zbrodniczéj swawoli miało miejsce ujęcie sławnego włóczęgi Ł. a ten czyn nadarzył P. sposobność obchodzenia tego zwycięztwa uroczystemi biesiadami. W nocy z 8 na 9 sierpnia, podług zeznań świadków, P. był mocno pijany, a wreszcie świadectwo lekarskie stwierdza, że P. cierpiał wonczas na obłąd pijacki.

1) Pod wpływem tak częstego upijania się, obok bezsenności w ostatnich dniach przed znanemi zajściami, należy przypuścić, że P. mógł w istocie popełnić zbrodnię w napadzie obłędu pijackiego, będąc nieprzytomnym.

2) Na drugie pytanie można odpowiedzieć słowami Griesingera: u pijaków powstają w rozmaitych postaciach głębokie zaburzenia psychiczne. Obłąd pijacki wydarza się u nałogowych pijaków, czasem nawet u takich, którzy rzadko piją do zupełnego upicia się; obłąd czasem powstaje nagle, lecz zazwyczaj poprzedza go bezsenność, wzburzenie itd. W takim stanie chory może być niebezpieczny dla otaczających.

Zestawiwszy powyższe orzeczenie z odpowiednim ustępem ustawy komisyja sądowa uznała, że takie określenie „należy przypuścić“ nie jest ścisłe, i że na takiéj podstawie nie jest w możności wydania wyroku. Jeżeli w sprawach kryminalnych czasem można przypuścić prawdopodobieństwo, to tylko w tych przypadkach, gdy nauka nie jest w stanie wydać niezbitego sądu o rzeczy, lecz w sprawie P. okoliczność ta nie zachodzi; dla tych powodów komisyja wojenno-sądowa postanowiła przesłać akta Radzie sanitarnéj w ministerstwie spraw wewnętrznych, wzywając ją do orzeczenia o stanie władz umysłowych P. w chwili popełnienia zbrodni.

Do téj uchwały komisyi nie przyłączył się audytor i wyraził oddzielnie swoje zapatrywanie. Podług niego powyższe orzeczenie Zarządu lekarskiego czyni zadość tym warunkom, których prawo wymaga przy wydawaniu świadectw lekarskich, mianowicie: 1) świadectwo to wydane na prawnéj podstawie; 2) zawiera ścisłe określenie rzeczy, będącéj treścią świadectwa; 3) jest w zgodzie z okolicznościami sprawy. Pewna wątpliwość, powstająca w skutek użytych wyrazów: „należy przypuścić“, tém się tłumaczy, że w tego rodzaju sprawach zachodzi często wielka trudność w orzeczeniu, czy obwiniony popełnił zbrodnię w stanie istotnéj nieprzytomności, jak tego dowodzą akta i orzeczenia Rady sanitarnéj w Ministerstwie spraw wewnętrznych. Nie przesądzając sprawy, czy orzeczenie Zarządu lekarskiego może stać się dostateczną podstawą do wydania sądu o niepoczytności P. podczas popełnienia zbrodni, rzeczony audytor oświadczył, że to orzeczenie zawiera w sobie logiczny wynik z przebiegu sprawy.

Nie podzielając tego zapatrywania audytora, komisyja wojskowo sądowa wysłała akta do Rady sanitarnéj Państwa, która wydała następujące orzeczenie:

1) P. o. policmajstra P. napijał się, lecz od chwili otrzymania posady policmajstra przestał pić; niedługo jednak wytrwał w swém postanowieniu i począł ponownie nadużywać wyskoku. Na wzór zastarzałego nałogowca P. oskarża

swój słaby charakter i usprawiedliwia się właściwościami służby policyjnéj, jak gdyby służba ta mogła zmusić kogokolwiek do przyjmowania gościnności, polegającéj na przesadném ugoszczeniu wyskokiem.

2) Z zeznań Asawuły F. wynika, że świadka tego uderzyła zmiana, jaką spostrzegł w obchodzeniu się z nim obwinionego; zmianę tę zauważyły i inne osoby względem siebie; z biegu sprawy nie widać, ażeby do wywołania tych zmian był dany jakikolwiek powód. Tenże F. zeznał, że P. po wypiciu dwóch kieliszków osłabł, i plątał się w rozmowie. W parę tygodni późniéj F. znalazł P. w stanie podnieconym i nie mógł się z nim dogadać w sprawie, dla któréj przybył do obwinionego, tak że nabrał przekonania, że P. jest w stanie nienormalnym.

3) Zwierzchnicy P. wprawdzie nie przeczą, że mówiono im o nałogu obwinionego, lecz nie zwracali uwagi na te gadaniny, gdyż P. był urzędnikiem pilnym i z wyjątkiem kilkorazowego niestawienia się z raportem u gubernatora, każdorazowo usprawiedliwionego, zawsze był trzeźwym i przykładnym w służbie.

4) W pierwszych dniach sierpnia miało miejsce ujęcie słynnego zbrodniarza i włóczęgi Ł.; okoliczność ta podnieciła P. i stała się bodźcem do nadużyć wyskoku, które pociągnęły za sobą bezsenność i jakieś „drgania nerwowe“, o których wspomina sam obwiniony. Wszyscy świadkowie zeznali zgodnie, że w ciągu tych pierwszych dni sierpniowych P. pędził żywot nieregularny, upijał się, jeździł nocami, nie spał kilka nocy z rzędu i w ogóle był w stanie chorobliwym. W rannéj godzinie 8 sierpnia P. oświadczył kilku towarzyszom pohulanek przybyłym do niego, że już kilka nocy zupełnie nie spi, a natomiast wiele pije. O ilości wypitego wyskoku z aktów śledztwa dowiedzieć się nie można, lecz już podczas obiadu P. był kłótliwym i szukającym sprzeczki; dopiero podpiwszy sobie poweselał, lecz mówił bez związku.

5) Czyn popełniony przez P. nosi na sobie cechę chorobową. Poszkodowanych on nie znał lub znając nie miał z nimi stosunków; obwiniony zapomniał nietylko o swém wykroczeniu, lecz wiele okoliczności, które zaszły przed i po dokonaniu bezprawia, wyszło mu z pamięci.

6) Lekarze, którzy badali P. na drugi dzień po zajściu zbrodniczém, stwierdzili symptomata obłędu pijackiego. Lekarz okręgowy Tołmaczew, nienależący do komisyi lecz wezwany do dania porady choremu, stwierdził, że obwiniony ulegał nader szybkim zmianom usposobienia, że mówił bez związku, giestykulował wiele i zdradzał swém zachowaniem się podleganie złudzeniom zmysłowym. Z objawów fizycznych Dr. T. wymienia nawał krwi do głowy, suchość obłożonego języka, mowę utrudnioną, tętno pełne i przyspieszone, chód niepewny, zapach wyskoku z ust. Z aktów nie wynika, kiedy P. oprzytomniał: 16 sierpnia był jeszcze chory i nie mógł przybyć na wezwanie sędziego śledczego; 25 zaś września osobiście zeznawał w sądzie.

7) Co się tyczy orzeczenia wydanego przez Zarząd lekarski, to Rada sanitarna nie podziela tego zapatrywania, że P. po użyciu nawet małych ilości wyskoku stawał się podnieconym i niespokojnym; w ogóle kwestyi co do ilości wypijanego wyskoku i sposobu jego używania akta nie wyjaśniają. Zdarzają się osoby, które od nieznacznych ilości użytego wyskoku wpadają w stan nadzwyczajnego podniecenia psychicznego, i to usposobienie bywa u nich bądź wrodzone, bądź też nabywa się urazami czaszki i choroba mi mózgowia. Fakt spostrzeżony i zeznany przez F., że obwiniony po wypiciu dwóch kieliszków osłabł i plątał się w rozmowie, nie może służyć za dowód, że posiadał wrodzoną niezwykłą wrażliwość na wyskok. Okoliczność przytoczona przez F. świadczy za tém, że P. należał do tych zastarzałych nałogowych pijaków, którzy przez codzienne i wieloletnie nadużywanie napojów wyskokowych doszli do psychicznego rozstroju takiego stopni, że użycie nieco większéj ilości napojów już jest w stanie wywołać nietylko niezwięzłość w mowie, lecz i inne niebezpieczne objawy psychiczne.

8) Na podstawie tego rozumowania należy wnosić, że P. dokonał zbrodni w stanie ostrego obłędu pijackiego (*delirium potatorum*).

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. P u r j e s z: **Etyjologija zapalenia płuc włóknikowego.** (Wykład miany w Tow. lek. w Budapeszcie).

Naturalném następstwem badań doświadczalnych rozpowszechniających się coraz to więcéj jest coraz natarczywsze dochodzenie i zgłębianie przyczyn zapalenia płuc dławcowego. Autor nie przychyla się jednak wcale do zapatrywań tych badaczów, którzy w diplokokach widzą przyrzut zapalenie płuc, gdyż jak się o tém przekonał znajdują się te pasorżyty w plwocinach wszystkich chorych cierpiących duszność; mają one, zdaniem P., pochodzić z powietrza źle odwietrzonych sal szpitalnych i ztądto pochodzi, że L e y d e n i G ü n t h e r znajdowali je w cieczach aspirowanych z płuc dotkniętych zapaleniem, a okoliczność, że ich nie znaleziono w cieczach wydobytych z płuc innych chorych, nie dowodzi wcale, jakoby ich obecność cechowała zapalenie płuc. Tak więc wyraża P. przekonanie, że przyrody zakaźnéj zapalenia płuc nie można żadną miarą uważać za stwierdzoną doświadczalnie, jedynie drogą pośrednią można wnosić o tém, a mianowicie: na podstawie spostrzegania częstych epidemicznych wybuchów zapalenia płuc z przebiegiem podobnym do duru. Chociaż inni autorowie (Jürgensen) chcą zaprzeczyć tym przypadkom wspólności z prawdziwém zapaleniem płuc, zdarzają się przypadki takie również i sporadycznie, z drugiéj strony opisano epidemije zapalenia płuc z przebiegiem dobrym bez śladu przypadów durowych.

J ü r g e n s e n, który uważa zapalenie płuc za chorobę zakaźną, opiera swoje twierdzenie na tém, że: 1) częstość zapalenia płuc i chorób z zaziębienia jest zupełnie odmienną w różnych okresach czasu, podczas gdy dur i zapalenie płuc gromadzą się równocześnie w pewnych porach. Autor dowodzi, że w kilku miastach Europy środkowéj lata największéj częstości duru i zapalenia płuc nie zgadzają się. 2) Ze względów anatomicznych i klinicznych znajduje J ü r g e n s e n poparcie swego twierdzenia w okoliczności, że produkty zapalenia włóknikowego są specyficzne, oraz w przebiegu typowym, których nie można wywołać za pomocą żadnego innego bodźca. L i t t e n twierdzi, że po wstrząśnieniach przychodzi czasem do zapaleń płuc z wypociną i przebiegiem zupełnie podobnym do przypadków typowego zapalenia płuc; gdy zaś spostrzeżenia swoje oparł na protokołach Tow. lek. berlińskiego, należy mu dać wiarę w zupełności.

Po tych uwagach dochodzi P u r j e s z do wniosku: że 1) ani na podstawie etyjologicznych, ani też anatomiczno-patologicznych względów nie może J ü r g e n s e n uważać zapalenia płuc włóknikowego za chorobę zakaźną; 2) że cho-

robę tak pod względem klinicznym, jakotéż anatomicznym podobną do zapalenia płuc włóknikowego można wywołać przez wpływy czysto fizyczne, np. wstrząśnienie. Również nie można uważać zaziębienia za przyczynę zapalenia płuc a obszerniéj o tém obiecuje autor na innóm miejscu pomówić. Że zapalenie płuc dławcowe jest chorobą zakaźną, wynika jedynie z cyklicznego przebiegu tegoż w pewnych okresach czasu; *maximum* przypadków przypada w różnych miejscowościach na różne miesiące, a krzywizna nakreślona z uwzględnieniem częstości przypadków wykazuje *maximum* przypadające w różnych miejscowościach na inną część roku; tak np. w Londynie przypada ono na grudzień, w Tybindze na styczeń, w innych miastach na marzec itd. Inne choroby np. zapalenie opon mózgowych i czerwonkę uważano za zakaźne tylko na téj saméj podstawie, zanim jeszcze poznano specyficzność zmian anatomicznych i ich typowy przebieg, a za najlepszy przykład może posłużyć dur brzuszny. P. twierdzi następnie, że zapalenie płuc uważa za chorobę zaduchową a rozwój zaduchu zależy, jak dowiódł Heller, od stosunków gruntowych. Purjesz obliczył, że częstość przypadków zapalenia płuc dławcowego stoi w odwrotnym stosunku do ilości opadów atmosferycznych i to obliczenie przedsięwziął na datach odpowiednich z Wiednia, Monachijum i Klausenburgu. Wychodząc z tego zapatrywania można snadnie, zdaniem jego, pojąć, dla czego przypadki zchorzenia tego zdarzają się właśnie w pewnych miesiącach częściéj w jednéj okolicy niż w innéj, a nawet nie trudno wytłumaczyć przypadków Littena bez uciekania się do przypuszczenia, że lada wstrząśnienie wywołuje zapalenie płuc. Wstrząśnienie pozbawia jedynie przybłonka pewne ograniczone miejsce w narządzie oddéchania a jak najmniejsza utrata przyskórka usposabia do zaszczepienia się róży tak i tutaj może najłatwiéj w tym właśnie czasie wtargnąć przyrzut zapalenia płuc. Przyrzut zapalenia płuc jest, zdaniem P., tylko jeden a zakażenie sprawia raz lżejsze innym razem cięższe zchorzenie, jak to miewa miejsce i w przebiegu innych chorób zakaźnych. (*Wiener med. Presse* Nr. 2. 1884). *Dr. Schaitter.*

Dr. St. Klikowicz (z kliniki prof. Botkina w Petersburgu):

Użycie tlenku dwuazotu w lecznictwie.

K. określa działanie tego środka w następujący sposób: 1) Czysty tlenek dwuazotu powstrzymuje oddechanie zwierząt i sprowadza zamartwicę i śmierć, obraz wszakże téj zamartwicy odróżnia się charakterystycznie od innych. 2) N_2O nie sprowadza we krwi zwierząt żadnych zmian chemicznych ani morfologicznych, rozpuszcza się w niéj i znów wydziela, nie ulegając widocznie rozkładowi na tlen i azot. 3) Znieczulenie czystym gazem rozweselającym jest w ten sposób połączone z niedostatecznóm ukwaszeniem krwi, iż go nie można uważać za zupełnie nieszkodliwe, szczególniéj w chorobach serca, płuc i naczyń. 4) Mięszanina tego gazu z 20% tlenu ogranicza możebność nastania zamartwicy i wywołuje w ustroju zwierzęcym szereg objawów, z których niektóre z wielkim pożytkiem w celach leczniczych mogą być zastosowane. 5) Pod wpływem mięszaniny N_2O z 20% tlenu u zdrowych, serce szybciéj się kurczy, falistość tętna zmniejsza, oddechanie staje się rzadsze i głębsze; a skutek ten znika po 3—5 minutach. 6) W przypadkach osłabionéj czynności serca powyższa mięszanka nie wywiera złego wpływu na ustrój, lubo zdarza się często, że liczba skurczów serca w jednéj minucie cokolwiek się zmniejsza, fala zaś tętna staje się większą i pełniejszą, skutek ten na obieg krwi trwać może 1—2 godzin. 7) Reguluje rytm oddechowy w przypadkach przeszkody w innerwacyi oddéchania, i szybko usuwa znaki podmiotowe jakotéż i przedmiotowe przeszkód w utlenianiu krwi. 8) Bóle koi na krótko i prawdopodobnie na téj zasadzie wytłumaczyć sobie możemy prędkie znikanie napadów dusznicy po kilku wdechach téj mięszanki gazów. 9) Należy go używać w porodach prawidłowych, jako bóle kojącego, przewyższa bowiem chloroform. 10) Przeciw wymiotom i kaszlom na drodze odruchowéj powstałym używa się go z korzyścią. (*Virchow's Arch. f. path. Anat. etc.* T. 1 i 2 zeszyt 94.). *Dr. J. R.*

Eickhold: **O bezsenności i lekach nasennych.**

Wszystkie próby utworzenia teoryi snu nie dopisały dotąd, tyle tylko jest pewném, że wśród czuwania przeważa wydawanie niejako siły i zasobów téjże gromadzących się podczas snu. Czynność mięśni ustaje we śnie po największéj części, przemiana materyi zmniejsza się, zmniejsza się ilość wydzielin, tlen bywa chłoniętym w znaczniejszéj ilości a procent wydzielonego kwasu węglowego opada. Najwięcéj przemawiało do przekonania przypuszczenie, że nagromadzanie się istot rozpadowych, powstających w skutek czynności mięśniowéj, wywołuje uczucie znużenia i sen sprowadza. Zdaniem Preyera ma być kwas mlekowy ową istotą, która dostawszy się wraz z krwią do mózgu sen wywołuje; Binz wykazał nawet, że kwas ten ma działać odurzająco. Pomimo tego jednak nie doprowadziły doświadczenia czynione w celu poparcia powyższego twierdzenia do wyników dodatnich: kwas mlekowy, a właściwie mlekan sodowy, jest bezskutecznym, jako środek nasenny.

Pflüger sądzi, że czuwanie polega na przebiegu pewnych spraw chemicznych, które ustają wśród snu. Według niego wytwarzanie się kwasu węglowego stanowi przyczynę czuwania, gdy zaś ilość wytworzona zaczyna się zmniejszać, nastaje sen. Rzecz w istocie nie jest tak prostą, jakby to mogło wynikać z téj hipotezy, gdyż na nastanie lub brak snu wywierają wpływ najrozmaitsze czynniki tak z zewnątrz jakotéż w samym ustroju przyczynę mające. Ważny wpływ ma w tym względzie pobudliwość kory mózgowéj a bodźce działające na nią pochodzą jużto z saméj siły wyobraźni jużtéż to z zewnątrz: zmartwienia i troski, skupienie uwagi na jeden przedmiot, żywy bieg myśli, jak niemniéj głośny szelest, jasne światło i zboczenia czucia ogólnego nie dozwalają usnąć. Budowa kory mózgowéj i jéj stopień rozwoju mają również znaczenie w tym względzie, a jako przykład posłużyć może okoliczność, że podczas, gdy płód ciągle jest we śnie pogrążony, niemowlę większą część życia przesypia, paralityk lub zniedołężniały na umyśle popada łatwo w stan senności, co należy bez wątpienia przypisać zmianom anatomicznym lub niedostatecznemu rozwojowi mózgu. Że stosunki krążenia w mózgu nie pozostają bez wpływu, dowodzi okoliczność, że niedokrewność mózgu sprowadza śpiączkę w pewnych razach. Według wszelkiego podobieństwa do prawdy zachodzą tutaj stosunki skomplikowane, zależne może od pewnego ośrodka, na wzór innych spraw w organizmie, przebiegających w pewnéj kolei, zależnych od pewnych ośrodków.

Przeszkodę w tém kolejném następowaniu snu i czuwania tak, że sen nie nadchodzi pomimo podmiotowo wyraźnego uczucia jego potrzeby, nazywamy bezsennością. Ludzie cywilizowani zmniejszają dowolnie liczbę godzin snu nie szkodząc pomimo tego swojemu zdrowiu; silne wrażenia zmysłowe, siła woli i używanie pewnych pożywek, zwłaszcza kawy i herbaty, zmniejszają potrzebę snu, co bywa bez szkody znoszone nawet przez czas pewien. Bezsenność jest chorobową, gdy staje się przewłoczną, upośledza zdrowie dotkniętego

nią i jako objaw *sui generis* dostaje się do jego świadomości. W ogóle należy rozróżnić trzy rodzaje bezsenności: 1) powstającą w skutek przeciążenia pracą umysłową lub fizyczną; 2) towarzyszącą chorobom ostrym lub przewlekłym, i 3) bezsenność jako objaw zwiastujący lub następstwo zmian czynnościowych lub organicznych mózgu.

Najważniejszym dla lekarza jest ten trzeci rodzaj bezsenności, t. z. neurastenicznéj. Równocześnie z nią pojawia się podupadanie odżywienia, przeczulica, nerwice i rozstrój umysłowy, a polegając na najrozmaitszych podstawach etyjologicznych jest ona objawem, z powodu którego chorzy wyłącznie rady lekarskiéj szukają. Pytając chorego, dla czego nie sypia, otrzymuje się nader rzadko odpowiedź wyczerpującą, uczucie zmęczenia owłada nim, jest zniechęconym do pracy i czuwania a pomimo tego spać nie może. Przed zamkniętemi oczyma snują się postacie, w uszach mu szumi, czuje uderzanie serca i słyszy tętnienie tętnic, członki obolałe odwraca z jednéj strony na drugą a uczucie znużenia coraz silniéj występuje. Każdy głos i dźwięk dochodzi wzmożony na sile do jego ucha, zdarzenia z dnia poprzedniego przesuwają się przed nim, wreszcie nadchodzi cały szereg trosk a krótki sen, który czasem nastaje, nie powraca mu sił i nie krzepi go wcale. Beard wyraża się, że: „duch pozostaje czynnym w tym lub owym kierunku a wszystkie starania dotkniętego, aby przerwać to myślenie, są bez skutku. Chory drzymie całą lub pół nocy i wśród zmęczenia przechodzi powtórnie zdarzenia z chwil czuwania.

O miedzę graniczy ten stan z zadumą, któréj początki tak się charakteryzują a bezsenność jest jednym z najprzykrzejszych objawów téj choroby mając za tło omamy i złudzenia przykréj treści.

Lecząc bezsenność należy zwrócić uwagę na dwie okoliczności: 1) Należy zadość uczynić wskazaniu przyczynowemu; 2) Nie należy podawać środków nasennych przewłocznie, lecz zmieniać je od czasu do czasu. Stereotypowe podawanie morfinu lub chloralu bez wszelkiéj krytyki i wglądnięcia w przyczynę bezsenności mści się na lekarzu, który sprowadza tym sposobem inne stany chorobowe, czasem niemniéj przykre. Unikać należy w tych razach środków odurzających a leczenie powinno rozpocząć się od reformy sposobu życia i żywienia się chorego, powinno uwzględnić pewne przyzwyczajenia, a gdy te przemiany nie odnoszą skutku, należy przystąpić do środków uspokajających, wśród których letnim kąpielom o 32° do 35° C., trwającym pół lub całą godzinę z zimnemi okładami na głowę, przypisać należy pierwszorzędne znaczenie. (Dok. nast.).

Wiadomosci pomniejsze.

(I. S.) Prof. Vulpian czynił doświadczenia nad działaniem **salicylanu bizmutowego w durze.** Sól ta trudno rozpuszczalna rozkłada się zwolna w przewodzie pokarmowym i wywiera, zdaniem jego, działanie przeciwgnilne na schorzałe części jelita. Doświadczenia te powtórzył Desplats w Lille na dwudziestu chorych na dur brzuszny. Dawki wynosiły 1 lub 2 gm. na raz, 5 do 10 gm. na dzień, każdą dawkę popijał chory znaczniejszą ilością wody zwykłéj lub selterskiéj. Jako bezpośredni skutek zażycia środka wymienia D. opadnięcie ciepłoty o 1 lub nawet 2 stopnie, oprócz tego spostrzegał on pewne nagłe ustawanie przypadków chorobowych, które cechuje t. zw. leczenie poronne. W 13tu przypadkach powiodło się to leczenie poronne, w czterech był przebieg pomyślny, w reszcie przypadków skutku żadnego nie było. Autor przychodzi do przekonania, że salicylan bizmutowy działa nader skutecznie w przypadkach świeżych, a zwłaszcza jako środek zapobiegawczy w leczeniu duru brzusznego zasługuje na uwzględnienie. (*Wiener med. Blätter*, Nr. 50, 1883).

(K. Gr.) Deheme: **Syfilityczne okołoplamkowe zapalenie siatkówki.** Kiła może nagabywać każdą tkankę w oku. Siatkówka może ulegać powrotnym zapaleniom, jak je opisuje Graefe. Obecnie D. mniema, iż istnieje inna odmiana zapalenia siatkówki, którą nazywa okołoplamkową. Charakterystycznym dla nowo odkrytego rodzaju zapalenia siatkówki jest to, że spostrzegamy jakby krwotok w plamce żółtéj, ale objaw ten jest tylko wynikiem przeciwieństwa. Pozorną czerwoność otacza nie ściśle odgraniczony obszar barwy szaréj, pochodzi on od opuchliny siatkówki. Choroba powstaje nagle, lub po kilku poronionych napadach. Cierpienie to jest rzadkiém i zdaje się tylko jedno oko nagabywać. Leczenie winno być silnie przeciwkiłowe a rokowanie jest niepomyślne, choroba ta może dać powód do zaniku tarczy. W niektórych przypadkach zdawało się, iż wstrzykiwania podskórne azotanu pilokarpinu (2 centygramy) dobrze działały, stosowane jeżeli można rano na czczo. (*The Lancet* 1883. II. Nr. XX).

(J. R.) **Leczenie ciężkich postaci zaparcia stolca i zamknięcia przewodu kiszkowego** p. Dra Sawyer'a.

Między lekami na pierwszém miejscu stawia alonę, szczególniéj u osób, prowadzących życie siedzące, podaje 0.07—0.14 *Aloes* w pigułkach w połączeniu z 0.02 *ferri sulfur.* i 0.07 *extr. hyosc.* przed spaniem. Leczenie lżejszych przypadków zaparcia stolca za pomocą lewatyw nie jest odpowiedniém, tylko w ciężkich używać zawsze należy dłuższéj cewki i sam lekarz powinien ją przeprowadzić przez zagięcie esowate kiszki. Ilość płynu jest ważną, jeżeli w celu wyprowadzenia kału lewatywy zalecamy. W enemach odżywiających albo kojących, które mają być zatrzymane, ilość płynu nigdy nie będzie dostateczną, w celu zaś wypróżniającym tyle można do kiszek wprowadzać, ile się zmieści. W przypadku ostréj niedrożności kiszek cienkich z wyjątkiem zewnętrznéj przepukliny najprzód doświadczamy makowca, enemy, szaleju (*belladonna*) i należy skutku oczekiwać. Jeżeli to nie pomaga, należy przystąpić do laparotomii lub laparo-ileotomii. (*Brit. med. Journal*).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

II. Posiedzenie zwyczajne z d. 6 lutego 1884 r.

Przewodniczący kol. Kwaśnicki. Członków obecnych 41.

1) Dalszy ciąg dyskusyi o „laparotomii w niedrożności jelit.“

Kol. Mars nawięzując do poprzedzającéj dyskusyi, zwraca uwagę przedewszystkiém na stanowisko, jakie zająć ma cięcie probiercze. Dotychczas znając cięcie probiercze z przypadków ginekologicznych uważał je jako operacyję, za pomocą któréj torujemy sobie drogę przez powłoki brzuszne do jamy otrzewnowéj, aby uzupełnić rozpoznanie. Mianowicie tam, gdzie mamy obrzęk wycinać i gdzie przy znacznéj ilości płynów nagromadzonych w jamie otrzewny nie znamy jakości obrzęku, albo stosunku do organów sąsiednich, uważa operacyję tę za wskazaną. Z ostatniego odczytu kol. Schramma przekonał się, że operacyję tę robi nie tylko w przypadkach chronicznych ale i ostrych. Tu w obec zmienionych warunków i wykonanie należy zmienić a nie może być obojętną rzeczą, czy zrobić otwór na kilka cm. długi, którym się wprowadza palec, lub 2 palce, czyli też zrobić otwór, którym się wprowadza $1/2$ ręki, całą rękę i maca się z jednéj strony, następnie przechodzi się koło śledziony, wątroby na drugą stronę. W takich warunkach cięcie probiercze nie mo-

że być rzeczą obojętną. Zdanie koll. Rosnera i Pieniążka, że nawet w zapaleniu otrzewny uważać można operacyję tę za zbawienną, przedstawia mu się jednostronném. Przyznaje słuszność tam, gdzie mamy albo sprawę miejscowo ograniczoną albo téż gdzie zadrażnienie jest świeże, gdzie jest zapalenie włóknikowe, gdzie jest wysięk, ale nie mamy rozkładowych części, o jakich była mowa. W obec łatwości. z jaką u osób cierpiących na miejscowe zapalenie otrzewny, błahe przyczyny np. kaszel, wymioty, obracanie się silne na łóżku sprowadzają zadrażnienie całéj otrzewny, daléj w obec łatwości, z jaką przechodzi zapalenie otrzewny włóknikowe lub surowicze w ropne, otwarcie jamy brzusznéj uważać musi za operacyję doniosłą, zwłaszcza, że tu antyseptyka nie odnosi żadnego skutku, jak w innych dziedzinach chirurgii. Gdzieindziéj operujemy *in continuo*, tam możemy całą przestrzeń desinfekcyjonować, miejsce za miejscem, tutaj desinfekcyja dokładna rany operowanéj, najbliższego sąsiedztwa i wszystkich zaułków otrzewny, które się stykają z powietrzem, nie jest możliwa, nie możemy więc działać dokładnie antyseptycznie. Postępy więc, jakie chirurgija zrobiła przez dzisiejsze środki opatrunkowe, nie mogą się w całéj pełni odnieść do laparotomii a więc i do cięcia pobierczego. W zapaleniu otrzewny cięcie to będzie miało przy tém znaczenie drażnienia mechanicznego. — W obec znanych mi przypadków, gdzie przy operacyi znaleziono przyczepiny, po przecięciu których dalsze wykonanie operacyi okazało się niemożliwém i chora się skrwawiła, daléj w obec znanych mi przypadków, gdzie śmierć nagle podczas operacyi nastąpiła i z przyczyn wyżéj wymienionych nie mogę zgodzić się na zdanie kol. Mikulicza, który przy dzisiejszém postępowaniu antyseptycznem uważa operacyję tę za dość łagodną, on uważać ją musi za dość ważną i doniosłą, dlatego żąda: 1) dokładnéj definicyi cięcia probierczego, dokładnego określenia, czém ono jest, 2) podania dokładnych wskazań. Boć jeżeli mamy wskazania do kateteryzowania chorego i nie powiadamy, ażeby to było rzeczą błahą, potrzeba, aby i w téj operacyi były pewne wskazania, kiedy ją robić należy. Jest to zapewne rzeczą trudną, ale żąda podania wskazań choć o tyle, o ile to dziś jest możliwe. Podnosi wreszcie trzecią kwestyję, tj. stronę moralną cięcia probierczego, czy z operacyi cieszyć się powinniśmy, lub nie, czy ją uważać za postęp chirurgii, czy jest to *malum neccesarium*, którém nasze braki pokrywamy. A z téj kwestyi rodzi się druga, kto ma wykonywać taką operacyję, czy ona może być oddaną w rękę każdemu lekarzowi lub nie. Czy np. on sam, do noża gorący, zachęcony przemówieniem poprzedników będzie się mógł kusić o otwieranie jamy brzusznéj. Chodzi mu więc o rozstrzygnięcie kwestyi, jakie stanowisko zająć mają lekarze w obec téj operacyi.

Kol. A. Rosner: Kolega wymienił i mnie, jakobym utrzymywał, że nawet zapalenie otrzewny może być indykacyją do operacyi próbnéj. Żaden lekarz nie uzna zap. otrzewny jako wskazanie do operacyi. Wskazaną jest operacyja, jeżeli jest *occlusio* a jeżeli przy tém jest zapalenie otrzewny, to ono nie stanowi przeciwwskazania. Bo kolega musi przyznać, że jeżeli jest *occlusio*, a przystąpi zapalenie otrzewny, to śmierć nastąpić musi bez operacyi, po wykonaniu zaś laparotomii mogą być jeszcze jakieś szanse. Że obecność zapalenia otrzewny jest bardzo nieprzyjemną dla chirurga podczas laparotomii, na to się zgadzam, ale kontraindykacyją w żadnym razie być nie może. Żąda kolega daléj indykacyi do próbnego cięcia; trudną to jest rzeczą w obec operacyi, którą się zna od lat kilku zaledwie. To jest za krótki czas, aby z tego wyprowadzić pewne wnioski, ale to jest już dziś pewném, że o wiele wcześniéj powinien się wziąść chirurg do operacyi, jeżeli jest *occlusio*, aniżeli się to dziś robi.

Kol. Kohn studyjując rozwój laparotomii od lat 10 przyłączyć się musi do zapatrywań kol. Marsa. Do uwag jego dodać jeszcze musi jeden punkt. Ostateczną wskazówką dla lekarzy praktycznych nie rozporządzających wielkim materyjałem, nie mających zatém doświadczenia własnego, ostateczną wskazówką do wykonania operacyi, do uznania jéj za dobrą nie są słowa, ale cyfry, rezultaty wysnute sumarycznie z wielkich liczb, setek przypadków i rozmaitemi komplikacyjami operowanych różnemi sposobami. Rezultat taki jest potém wskazówką dla innych lekarzy, którzy własnego stanowiska mieć nie mogą. Cyfry jednak, te niezbite dowody dają się ustawić w rozmaity sposób. I właśnie wszystkie liczby incyzyi próbnéj (mówi tu o owaryjotomijach, których zna kilkadziesiąt) są mylne, bo wiele z nich nie pokrywa nic innego jak myłki dyjagnostyczne. On sam zna wiele takich przypadków, które w protokóle zostały zanotowane jako incyzyje próbne i one mu dają prawo zrobienia takiego przypuszczenia. Mylić się do pewnych granic wolno, mylą się i najwięksi specyjaliści, np. Spencer Wells, ale znajdują się często przypadki, które zwalają winę pewną na tego, który ją popełnił i to jest przyczyną, że się subsumuje nieraz operacyję fałszywie wykonaną pod dział incyzyi próbnéj. — W obec tego chodzi mu o zdefinijowanie, choćby teoretyczne, czém jest cięcie próbne i w tém żądaniu zgadza się z kol. Marsem, jak i co do wskazań a przytém żąda, aby wykluczyć subsumowanie myłek późniejszych pod nazwę incyzyi próbnéj, aby statystyka była pewną.

Kol. Obaliński: Nie da się zaprzeczyć, że obydwaj przemawiający do pewnego stopnia mieli słuszność. W całości przyznać im tego nie można. Obaj, jako akuszerzy, ginekolodzy, poszli za daleko, odstąpili od właściwéj dyskusyi. Na poprzedniém posiedzeniu była tylko mowa o laparotomii w skutek zakręcenia wewnętrznego a panowie powoli przenieśli się na pole chronicznych chorób, tj. czysto ginekologiczne, i ztąd jest nieporozumienie. Mnie się zdaje. że kol. Mars nie zupełnie dobrze postawił kwestyję mówiąc, że nie tylko w chronicznych ale nawet i w ostrych przypadkach ma się robić incyzyję próbną. Jabym sądził, że przeciwnie trzeba powiedzieć, że dozwoloną ona jest w ostrych przypadkach a mniej dozwoloną w chronicznych. — Incyzyja próbna, jak słusznie kol. Kohn powiedział, powstała z nieudanych operacyj. Kto czytał Spencer-Wellsa, ten się przekonał, że nazwa ta służyła do pokrycia nieudanych operacyj a gdy się powoli przekonano, że kilka takich przypadków nie skończyło się śmiercią, nabrano odwagi i poczęto robić operacyję tam, gdzie rozpoznanie nie było pewne, właśnie dla rozpoznania i następowego wykonania operacyi. W tych jednak chronicznych przypadkach sądzę, że nie powinno się wykonywać operacyi próbnéj i tam koledzy mają racyję. Bo téj choréj nie grozi niebezpieczeństwo życia, jeżeli ma np. obrzęk, z którym może żyć kilka lub kilkanaście lat a ja ją narażam na niebezpieczeństwo utraty życia, to jest to grzechem. Ale jeżeli mam chorego, jak na przeszłém posiedzeniu mówiłem, który mi może w 48 godzinach umrzeć, to w takim przypadku będę robił incyzyję próbną, bo może mi się uda uratować mu życie, a inaczéj to zapewne zginie.

Kol. Paszkowski: Punkt wyjścia dzisiejszéj dyskusyi jest ten, aby podać wskazania do laparotomii, jak to kol. Mars i Kohn podnosili. Podać wskazania do robienia laparotomii trudno, bo potrzeba najpierw rozpoznać niedrożność a przynajmniéj ogólnikowo rozpoznać i rodzaj niedrożności, czy się da usunąć, czy nie. Rozpoznanie niedrożności jest bardzo trudne. Chciałbym kilka praktycznych podać uwag, które z własnego doświadczenia zebrałem. Powtarzam, że zapad powszechnie uważają za pochodzący li tylko z niedrożności, ja zaś powiadam, że wszędzie gdzie zapad widziałem, to przyczyną tego zapadu było istniejące już zapalenie otrzewny. Miałem przypadki, gdzie bardzo wybitne były przypady niedrożności a mimo to zapadu przez bardzo długi czas nie było i przytoczyłem panom przypadek z kliniki prof. Korczyńskiego, gdzie po 8 dniach niedrożności chory został wyleczony przez zastosowanie prądu elektrycznego, ale przez cały przeciąg czasu zapadu nie było. Mówiłem więc na przeszłém posiedzeniu, aby nad tym punktem się zastanowić, dotąd jednak uwagi na to nie zwrócono. Druga jest kwestyja, czy istnieje zapalenie otrzewny, czy nie. To jest ważna kwestyja dla chirurga, bo ona pogarsza o wiele rokowanie. Ale rozpoznanie istniejącego zapalenia otrzewny jest bardzo trudne, a nawet pomięszać te dwie sprawy można, pomylić się można, czy jest zapalenie otrzewny samo, czy w skutek niedrożności i każdy z panów, którzy pod tym względem mają dużo materyjału, przyzna i powszechnie rzeczą jest wiadomą, że tu często były pomyłki. Przypominam tylko Dra Kułakowskiego, u którego w 8 dniu choroby byliśmy razem 5 czy 6 kolegów, przy badaniu wszyscy powiedzieli, że nie ma zapalenia otrzewny, w kilka godzin wykonano laparotomiję i okazało się zapalenie otrzewny ropne. A więc sądzę, że wtedy będą indykacyje dane, jeżeli będziemy dążyć do rozpoznania. Póki rozpoznania nie będziemy mieli pewnego, czy jest niedrożność, czy jéj nie ma, czy jéj towarzyszy zapalenie

otrzewny, czy nie, dopóty stan rzeczy się nie zmieni. A jest to głównie zadaniem chirurgów, więcéj ich niż internistów. Chirurg ma sposobność przekonania się *ad oculos*, robi niemal sekcyję, czy było tak, jak rozpoznano. W ten sposób symptomatologija może być polepszoną. (Dok. n.)

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Śmiertelność we Lwowie. W tygodniu od 20 do 26 stycznia r. b. zmarło we Lwowie (liczącym 115.544 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.) 74 osób co odpowiada 33·3 na rok i 1000 m. W tym czasie zmarła 1 osoba z dyfteryi, 5 z dławca, 1 z duru brzusznego, 2 z gorączki połogowéj.

○ Liczba uczniów medycyny w Uniwersytetach szwajcarskich rozdziela się w ten sposób na pojedyńcze Uniwersytety: w Bazylei 108, w Bernie 127 uczniów a 28 uczennic, w Zurychu 184 uczniów a 33 uczennic, w Genewie 84 uczniów a 7 uczennic. Z pomiędzy uczennic jedynie 5 jest rodowitych Szwajcarek a reszta są Rosyjanki.

Ω Dzienniki higijeniczne francuskie podają następującą ciekawą statystykę Paryża. W r. 1789 Paryż liczył tylko 650 tysięcy mieszkańców, w r. 1836 już 900 tysięcy, w r. zaś 1882 2,225.910. Liczba domów w r. 1820 wynosiła 27 tysięcy, w r. 1882 76 tysięcy. A zatém powstawanie domów nowych nie wyrównywa przyrostowi ludności. W. r. 1817 na 1 dom wypadało 24·52, w r. 1872: 29·19 a w r. 1882: 30 mieszkańców. Skutkiem tego nagromadzenia się ludności w niektórych dzielnicach ziemia w tak wysokim stopniu została zanieczyszczoną odchodami ludzkiemi, że np. obecnie przy budowie głównego gmachu pocztowego w ulicy Jean Jaques Rousseau, musiano zamiast fundamentów pobudować pod murami silnie sklepione kanały. Przeciętnie obliczają, że w Paryżu jest 191,500 mieszkań dla bogatych i zamożnych, zamieszkiwanych przeciętnie przez 500 tysięcy osób, zaś 472.000 mieszkań dla ubogich zamieszkałych przez 1,500.000 głów. Śmiertelność Paryża od r. 1869 wzrosła o $^{1}/_{5}$. I tak np. w r. 1869 na tyfus zachorowało 48·4 na 10 tysięcy mieszkańców, w r. zaś 1881: 96·5. Na dyfteryję zachorowało w r. 1869: 53·5, w r. 1881: 101·3. Na ospę w r. 1869: 11·4, w r. 1881: 74·8. Na odrę w r. 1869: 30·3, w r. 1881: 43·3. Na szkarlatynę w r. 1869: 7·2, w r. 1881: 18·3. Pod względem wody zdrowéj Paryż cierpi wielki niedostatek. W ogóle Paryżowi zbywa na wodzie. Przeciętnie ze 100 sz. metrów dostarczanéj wody, 75 wychodzi na polewanie i czyszczenie ulic, a tylko 25 pozostaje do użytku mieszkańców. Atmosfera Paryża jest w niektórych dzielnicach istotnie przeciążona wyziewami. W samym Paryżu jest trzy tysiące chemicznych itp. fabryk, a prócz tego 25 składów nieczystości (*dêpotoirs*). W wielu dzielnicach w razie wiatru od strony tych składów okien w domach nie można otwierać, a ludzie często w ulicach nudności dostają.

Ω Według Kalendarza niemieckiego lekarskiego, wydanego na r. 1884 przez Dra P. Börnera w Berlinie, praktykuje obecnie w Niemczech 15.100 lekarzy, 460 dentystów a jest 4.482 aptekarzy. Co do rozkładu sił tych lekarskich na pojedyńcze prowincyje, to w całych Prusach wypada na 10.000 mieszkańców 3·20, lekarza, na sam Berlin 9·90, na Królestwo Bawaryi 3·61, na Saksonije 32·5, na okręg Hamburgski 5·75. Na 100 □ kilometrów przypada w Hanowerze 2·30 lekarza, w prowincyjach nadreńskich 5·42, w Prusach 2·51, w Saksonii 6·61, w Hessyi 5·07, w Księstwie Meklemburg Schwerin 1·47, w Alzacyi i Lotaryngii 3·13, w całém Cesarstwie niemieckiém 2·79.

Ω W d. 1 kwietnia 1884 otworzoną zostanie w Turynie międzynarodowa wystawa elektryczna. Rząd włoski wyznaczył 10 tysięcy franków nagrody za wynalezienie najlepszego sposobu oświetlenia elektrycznego.

Ω *Lancet* podaje w jednym z ostatnich numerów spis lekarzy angielskich, zmarłych w ciągu roku 1883. Co do późnego wieku to z liczby lekarzy zmarłych dwóch doczekało się 95 lat życia, dwóch 94 lat, dwóch 92 lat, jeden 91 lat, dwóch 90 lat, jeden 89 lat, trzech 88 lat, trzech 87, pięciu 86 lat, dwóch 85, trzech 84 lat, czterech 83 lat, jeden 82 lat. czterech 80 lat.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 3—9 lutego umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 30,4. Z ospy umarło 5 (5 t.); z odry 1 (0 z. t.): z błonicy 2 (5 z. t.); z duru brzusznego 1 (1 z. t.); z zimnicy 8 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 12 przypadkach ospy, 3 ospianki, 1 krztuśca, 1 błonicy. W tygodniu od 20—26 stycznia umarło z ospy w Londynie 2, leczyło się w szpitalach 14, świeżo zapadło 19. W Paryżu, Warszawie, Wenecyi, Aleksandryi i Nowym Orleanie umarło po 1, w Wiedniu, Brukseli, Birminghamie po 2, w Budapeszcie i Lizbonie po 3, w Madrycie i Murcyi po 6, w Maladze 15, w Pradze 37, w Madrasie 118. Z duru osutkowego umarło w Maladze 1, w Petersburgu 3, w Madrycie 4. W Wiedniu i Petersburgu zabrała wiele ofiar odra, w Paryżu i Warszawie błonica. Z cholery umarło w Kalkucie od 24 listopada do 1 grudnia 37, w Madrasie od 1—7 grudnia 26, w Bombayu od 19—25 grudnia 10.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 20—26 stycznia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 36,4; w Warszawie 30,1; w Wiedniu 26,5; w Budapeszcie 26,8; w Pradze 35,5; w Berlinie 23,2; w Hamburgu 26,2; w Gdańsku 21,3; we Wrocławiu 30,7; w Mnichowie 29,7; w Dreźnie 25,4; w Lipsku 26,3; w Bazylei 26,3; w Brukseli 24,7; w Amsterdamie 31,6; w Hadze 28,9; w Paryżu 25,8; w Londynie 19,9; w Kopenhadze 23,0; w Stokholmie 25,2; w Chrystyjanii 16,6; w Petersburgu 36,9; w Odesie 29,9; w Wenecyi 27,0; w Bukareszcie 30,4; w Madrycie 40,7; w Lizbonie 36,0; w Aleksandryi 29,4; w Nowym Jorku 22,5; w Filadelfii 24,6; w Bombayu 28,2; w Madrasie 65,0. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 14 lutego. Brak miejsca nie dozwolił nam dotychczas powtórzyć odezwy. mieszczącéj się w Nrze 3cim *Medycyny* z r. b. Czynimy to obecnie zwracając zarazem uwagę kolegów na treść odezwy, która powinna zachęcić kolegów, zwłaszcza młodszych, do godziwego współzawodnictwa na polu piśmiennictwa lekarskiego.

Premijum redakcyi *Medycyny*. Celem zachęcenia kolegów na polu naukowém pracujących do ogłaszania drukiem swych poszukiwań lub spostrzeżeń, redakcyja *Medycyny* ustanawia premijum w ilości rs. 150 za najlepszą pracę w ciągu roku w *Medycynie* ogłoszoną. Stosownie do tego pierwsze premijum udzielone zostanie autorowi najlepszéj pracy oryginalnéj w téméż czasopiśmie, od dnia 1go stycznia 1884 do dnia 1go stycznia roku przyszłego, t. j. 1885, umieszczonéj.

Do rzeczonego premijum kwalifikuje się wszelka praca programowi i rozmiarom naszego pisma odpowiadająca z zakresu nauk lekarskich, bez względu na wybór przedmiotu, byle tylko stanowiła albo pewien przyczynek naukowy, albo stwierdzała gruntownie jakiś fakt, lub téż jakąś wątpliwość rozwiązywała, albo wreszcie opierała się na szeregu własnych spostrzeżeń do wyprowadzenia ścisłych wniosków posłużyć mogących; jedném słowem praca, którąby pod jakimbądź względem cechy samoistności przedstawiała.

Aby możność korzystania z ustanowionego premijum udostępnić jak największéj liczbie piszących, przyjęliśmy za zasadę, iżby ci z kolegów, którym, bądźto z powodu odbywania studyjów w uniwersytetach obcych, bądźteż z powodu nieznajomości słownictwa, pisanie po polsku pewną trudność przedstawia, prace swe w języku, jaki im jest najdogodniejszy, nadsyłać mogli, z tém jednakże zastrzeżeniem, że praca w obcym języku nadesłana dopiero po umieszczeniu jéj w *Medycynie* może być przez autora w inném czasopiśmie ogłoszona; w przeciwnym razie nietylko do premijum lecz i do ogłoszenia w *Medycynie* jako tłumaczenie rzeczy już znanéj się nie kwalifikuje.

Również z prawa tego mogą korzystać autorowie czescy, ze strony których chęć wspólnéj pracy i zawiązania naukowych stosunków przez ich udział na naszych Zjazdach przyrodniczo-lekarskich kilkakrotnie się ujawniła. Zatém wszelka praca bez względu na wybór przedmiotu. jéj rozmiary oraz język, w jakim nadesłaną zostanie, byleby tylko jednemu z wymienionych na wstępie warunków czyniła zadość, do premijum się kwalifikuje.

Prace, które pod koniec roku, resp. w ostatnim kwartale, nadesłanemi zostaną i które dla braku miejsca w tymże kwartale wydrukowanemi nie będą, nie tracą prawa do premijum, które jednakże wedle zasady głównéj t. j., po wydrukowaniu, dopiero w roku następnym przyznane jednéj z nich być może.

Kwalifikowanie prac oraz przyznanie najlepszéj z nich premijum powierzone będzie komitetowi, który dla zapewnienia bezstronności zarówno z członków miejscowych jako i zamiejscowych składać się będzie. Odpowiedni regulamin, rzeczonego komitetu się tyczący, ogłosimy w jednym z najbliższych numerów *Medycyny*.

Upraszamy najuprzejmiéj wszystkie redakcyje pism lekarskich i przyrodniczych, aby niniejszą odezwę łaskawie powtórzyć raczyły.

* Otrzymaliśmy od jednego z kolegów na prowincyi praktykujących list następujący:

W obec znacznego postępu medycyny w każdym kierunku i z każdym niemal rokiem zaiste w przykrém położeniu znajdują się lekarze na prowincyi. Wprawdzie wszyscy z zamiłowaniem oddający się swemu zawodowi, gdy im sposobność nie pozwala korzystać, że tak się wyrażę, przy ołtarzu postępu wiedzy, choć w peryjodycznych pismach fachowych szukają tego, co ich na równi zawsze z naprzód posuwającą się nauką utrzymać i co im do praktycznego zastosowania potrzebném być może. Czy jednak z tak czerpanych urywkowych wiadomości, a choćby nawet wyczerpujących prac, bez praktycznego przyswojenia sobie tych rzeczy, wielką korzyść odnieść można, to pytanie! Już brak samoistnych doświadczeń z powodu niemożności dokonywania tychże na chorych prywatnych wstrzymuje nieraz lekarza od użycia nowych środków, które znakomitą pomoc przyniešćby mogły.

Prąd nauki prze naprzód, a za jakie 10 lat powiedzą o nas młodsi koledzy, że mamy praktykę za sobą ale bez postępu. Dla tego trzeba ogniwa, któreby nabytą wiedzę lekarza łączyło z nowym postępem nauki. Piękne i wzniosłe zadanie Zjazdów lekarskich koło rozwoju medycyny i nauk jéj powinowatych na ojczystéj niwie obejmuje zakres działania daleko szerszy i z powodu krótkości czasu, rozmaitości i ilości przedmiotów traktowanych nie podoła temu. Jedynie i najodpowiedniéj służyćby mogły co parę lat powtarzające się 2—3 tygodniowe kursy kliniczne dla lekarzy z przeważném uwzględnieniem postępu nauki i praktycznych wskazań. Podobne kursy istnieją już na innych Uniwersytetach. Takie wykłady oprócz pobudzenia lekarzy do utrzymania równowagi przyniosą i tę niejednemu ważną korzyść, że niejednę lukę w jego wiedzy wypełnią, jakiéj nie mógł podczas swych studyjów lub nie miał sposobności nawet przy najlepszych swych chęciach, po ukończeniu tychże dopełnić. Dopiero bowiem w ostatnich latach przybyło parę nowych katedr w Wydziale lekarskim naszéj *Alma mater*, z których tylko najmłodsze pokolenie lekarzy korzysta. Przesyłając głos ten z prowincyi jestem w przekonaniu, że znajdzie oddźwięk u wielu kolegów i u tych, od których głównie przyprowadzenie téj myśli do skutku zależeć będzie."

List ten umieszczamy tém chętniéj, o ile równocześnie myśl podobna objawioną została ze strony kilku kolegów tutejszych i że zanosi się na urzeczywistnienie życzenia, którego tłumaczem jest szan. korespondent. *Redakcyja*.

* **Wiedeń**. Doktorand medycyny Łazarz Dimitriewicz, z Król. Serbskiego, otrzymał od towarzystwa wiedeńskiego ratowniczego zaszczytne uznanie w postaci dyplomu honorowego za to, że będąc przypadkowym świadkiem przejechania 14 letniego kelnera przez wagon tramwajowy przystąpił na miejscu do podwiązania krwawiącéj tętnicy udowéj i operacyję wykonał zręcznie i szczęśliwie.

* Arcyrzadki zdarzył się przypadek, że władze skonfiskowały czasopismo lekarskie, a mianowicie Nr. 6 *W. med. Presse*; stało się to z powodu ryciny, wyobrażającéj części płciowe dziewczyny, która badaną była w oddziale ginekologicznym prof. Bandla a okazywała symetrycznie przedziurawienie obydwóch warg sromnych mniejszych. Konfiskaty téj nie wytłumaczy sobie zapewne nikt, który nie zna stosunków wiedeńskich. Otóż czasopisma lekarskie znajdują się we wszystkich prawie kawiarniach, do których uczęszczają i niewiasty. Policyja żądała tedy od redakcyi, aby sporządziła dla tych lokalów inne wydanie z opuszczeniem ryciny wspomnionéj.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Budapeszt**. Prof. Bokai, dyrektor szpitala dla dzieci, otrzymał order korony żelaznéj 3ciéj kl. — Prof. kliniki wewnętrznéj Dr. Fryderyk Korányi w uznaniu zasług położonych na polu umiejętności i w sprawach publicznych otrzymał szlachectwo węgierskie z przydomkiem Tolcsvai.—**Warszawa**. Wydział lekarski polecił wykład anatomii patologicznéj narządów moczo-płciowych Drowi Przewoskiemu.—**Jena**. Dr. Weber-Liel z Berlina powołany został jako prof. otyjatryi.—**Gryfija**. Dr. Budge mł. mianowany został profesorem nadzw.

* **Nekrologija**. W Bostonie w Ameryce półn., umarł Dr. Klimaszewski, rodem z Król. Polskiego, od r. 1846 w Ameryce zamieszkały.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 6: Rumszewicza: Przyczynek do nauki o wadach rozwojowych oka. II. Przypadek wielorakiéj źrenicy; Czaplickiego: Ciąża zewnątrzmaciczna w jamie Douglasa. Wydobycie płodu przez odbytnicę. Wyzdrowienie.—W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 6: Hoyera: O mikroskopowém badaniu grzybków chorobotwórczych (dok.); Rzadkowskiego: Przyczynek do nauki o umiejscowieniach czynności i zboczeń mózgowych.

Redakcyja otrzymała:

Dr. Henryk JORDAN: Jakiém postępowaniem można gorączce połogowéj zapobiedz. Kraków 1884, in 8vo str. 24.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 20 lutego o godzinie 6téj popoł. w Sali Akademii Umiej. posiedzenie zwyczajne, na którém: 1) kol. Kopernicki przedstawi czaszki murzyńskie, nadesłane przez Rogozińskiego, i wykaże cechy téj rasy; 2) kol. Kohn okaże kilka nowszych narzędzi ginekologicznych i wyłoży swoje spostrzeżenia nad działaniem leczniczém nowszych leków w praktyce ginekologicznéj; ewentualnie 3) kol. Blumenstok poda *Miscellanea* z zakładu sądowolekarskiego.

Sprostowanie. Na str. 82, szp. 1széj w wierszu 10tym od góry w Przyp. II., zam. 14 marca, winno być 4 marca.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok**.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 23 lutego 1884. № 8. Rok XXIII.

I. Z kliniki chorób kiłowych prof. Neumanna w Wiedniu.

Przyczynek do zmian kiłowych w stawach, ścięgnach, pochewkach ścięgnistych i torebkach maziowych.

Napisał Dr. E. Finger,
docent i asystent kliniczny.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 7).

Przypadek III. Niechaj mi wolno będzie przytoczyć tu bardzo ciekawy dla naszego przedmiotu przypadek, który już z innych powodów dawniéj ogłosiłem w *W. med. Woch.*, 1882, Nr. 1, 2, 3.

T. S., lat 23 liczący, komisant handlowy, znajdował się poprzednio od 6 marca do 4 maja 1880 w klinice chorób kiłowych. Okazywał wtedy wrzód stwardniały z następową stulejką, znaczne nabrzmienia gruczołów i brudziec kiłowy na tułowiu i na skórze głowy włosem porosłéj; odjęto napletek i osiągnięto wyleczenie brudźca 30 wcieraniami i bandażami jodoformowemi. Zaraz po wyjściu ze szpitala wystąpiły u pacyjenta nocne bóle w kościach, do których z końcem lipca 1880 przyłączył się nowy wybuch wysypki krostkowéj na odnogach dolnych, a równocześnie z nią powiększył się naciek szczytowy płucny, który już można było stwierdzić w czasie jego pobytu w szpitalu. Ciągłe przybywanie objawów kiłowych, szybko zwiększające się wycieńczenie, zmusiły pacyjenta po krótkim pobycie w Hall udać się znów do kliniki chorób kiłowych w dniu 30 września 1880. W d. 1 października zanotowaliśmy stan następujący: Pacyjent wynędzniały w wysokim stopniu tak podupadł na siłach, że nie może utrzymać się na nogach, ciężar ciała spadł na 40kg., głos chrypliwy i bez dźwięku. Całe ciało, szczególniéj zaś odnogi po stronie prostowników stawów: barkowego, łokciowego, biodrowego i kolanowego pokryte symetrycznie rozłożonemi wrzodami, od wielkości złotówki do wielkości dłoni przedstawiającemi wszystkie cechy pełzającéj wysypki guzkowéj. Podobne lecz mniejsze wrzody na karku, klatce piersiowéj i na kości ciemieniowéj. Lewe skrzydło nosa jest siedzibą głębokiego wrzodu. Migdałki, podniebienie miękkie i języczek, jak i tylna ściana gardła są siedzibą rozpadających się częściowo już zlanych wrzodów. Więzadła głosowe nabrzmiałe i zaczerwienione. Wszystkie te zmiany rozwinęły się, od lipca, a więc siedm miesięcy po zarażeniu i równocześnie nastąpiło obustronne nacieczenie płuc. Ciepłota wynosiła rano 37,6, wieczór 38,5. Leczenie: jodoform w pigułkach 0,3 na dzień, dyjeta wzmacniająca. Do 5 października wieczorna ciepłota bywała od 38,5 do 39,0°C. Od 4 października skarży się na ból w goleni prawéj, na granicy między środkową a dolną trzecią częścią wewnętrznéj płaszczyzny téjże wykazać można wyniosłość płaską, wielkości czwóraka, przy dotyku bardzo bolesną. Polecono jodoform 0,5 na dzień. Do 12go października ciepłota wieczorna ciągle ponad 38,3. Lewy staw kolanowy jest już od kilku dni bolesny, szczególniéj przy naciskaniu na kłykcie kości udowéj znacznie obrzękły. Obrzęk wywołany jest przez surowiczy wysięk do stawu, który podnosi rzepkę, wyrównywa zagłębienia po obu stronach téjże znajdujące się i wypełnia nadkolanową torebkę maziową. Ucisk na rzepkę i kłykcie uda i podudzia, jakoteż i ruch najmniejszy w stawie kolanowym są nadzwyczaj bolesne. Wrzody pełzające są czyściejsze. Polecono jodoformu 0,8 dziennie, zimne okłady, spokojne ułożenie kolana. 14 października przedwczoraj i wczoraj wieczorem podskoczyła ciepłota aż do 39,2. Obrzmienie i bolesność stawu kolanowego pozostały jednakowe. 17 października wieczorem ciepłota nie podniosła się ponad 38,8. Bolesność w stawie kolanowym ustąpiła, kłykcie uda przy ucisku są bardzo bolesne. 21 października wysięk w stawie kolanowym jest znacznie mniejszy, strona zewnętrzna obu kłykciów uda lekko zgrubiała, mocno bolesna. 28 października wysięk w stawie kolanowym został wessanym. Ruchy i naciskanie nań nie są bolesne, również i ucisk na prawą, pierwéj bolesną, goleń. Dalszy przebieg nie przedstawiał żadnego dla nas zajęcia.

Że i bardzo wczesne zapalenia okostny na kończynach stawowych występują i mogą wywolać zajęcia stawów, dowodzi następujący również w powyższym tygodniku już przytoczony

Przypadek IV. S. F., lat 24, służąca, 29 maja ∞81 przyjęta do kliniki chorób kiłowych. Źle odżywiona, mała, słabowita pacyjentka, jest w trzecim miesiącu ciąży, i podaje, że ostatni raz spółkowała przed dwoma miesiącami a więcéj niż od miesiąca spostrzega wrzód na narządzie płciowym, a prawém ramieniem nie porusza od 8 dni. Dnia 30 maja sprawdzono przedewszystkiém obecność wrzodu kiłowego pierwotnego, wielkości czworaka, na wewnętrznéj płaszczyźnie lewéj wargi mniejszéj, przerosłéj i nieco opuchłéj. W jego otoczeniu jakotéż i na reszcie warg znajdują się liczne rozpadłe grudki wielkości soczewicy do grochu. Na bokach klatki piersiowéj nieliczna plamista wysypka, błona śluzowa gardła zaczerwieniona, na obu powiększonych migdałkach kilka powierzchownych wrzodków, gruczoły limfatyczne niebolesne, nabrzmiałe. Ramie prawe w stawie łokciowym zgięte. Ruchy w prawym stawie łokciowym swobodne, przy najmniejszéj próbie poruszania w prawym stawie barkowym, wśród gwałtownych objawów bólu ze strony pacyjentki ramię prawe przyciągniętém zostaje silnie do klatki piersiowéj. Prócz nadzwyczajnéj bolesności, jakiéj przy dotyku pacyjentka doznaje, staw barkowy i jego otoczenie nie przedstawiają przy badaniu, o ile ono przy gwałtowném napięciu mięśni jest możebném, żadnéj zmiany i nie można wykazać w głębi żadnego nacieczenia ani nabrzmienia. Szczególniéj bolesną jest przy dotyku cała główka kości barkowéj jakotéż i brzeg łopatki. Na lewéj wyniosłości kości czołowéj znajduje się płaskokulista wypukłość, wielkości złotówki, która wychodzi od okostny i kości a ze skórą nie pozostaje w żadnym związku; dotykanie jéj jest nadzwyczaj bolesne. Podobna wypukłość znajduje się na guzie lewéj kości ciemieniowéj. Z tych nabrzmień okostny, z braku przypadów zapalnych albo zmiany kształtu prawego stawu barkowego lub jego otoczenia, musieliśmy wnosić, że i wrzekome stężenie stawu prawego ramienia jest następstwem podobnego obrzmienia okostny, które skutkiem nacisku i szarpania, których przy poruszaniu doznają i przez ból przez to powstający, sprowadza drogą odruchową kurczowe stężenie stawu. Chora, która w spokojném położeniu w dzień nie doznaje żadnych bólów, skarży się na gwałtowne bóle nocne w głowie i barku prawym i okazuje wieczorną ciepłotę aż do 38,5 dochodzącą. Leczenie: plaster szary na wrzód pierwotny i jodek potasowy w ilości 1,5. W dalszym przebiegu powiększyła się wysypka na skórze, i nabrzmienia na okostnéj, również znaczniejszy jest brak ruchu i bole w prawéj łopatce; obok tego wystąpiły nowe zapalenia okostny na guzie prawéj kości czołowéj i na prawym obojczyku. Dopiero równoczesne używanie wcierań, których chora zrobiła 24, jak i jodku potasowego, zaleconego w ilości 2,0 na dzień, sprowadziły wyleczenie a chora wypuszczoną została dnia 23 lipca 1881 r.

Przypadek V. S. D., kupiec z Nowego Jorku, lat 34 liczący, nabył przed 6 laty wrzód stwardniały, któremu towarzyszyły następowe objawy kiły, leczone jodkiem potasu i pigułkami rtęciowemi. Prócz grudek na ustach, które powróciły w pół roku po zarażeniu, nie przedstawiał chory dotąd żadnych dalszych objawów. Od trzech miesięcy skarży się na niewyraźne uczucie nacisku w głowie; szczególniéj uderza, że w mówieniu dość często zacina się, że nie znajduje trafnego wyrażenia, chociaż mu pojęcia nie brak oraz że w swych korespondencyjach często słowa wypuszcza, że nie posiada już więcéj téj dokładności i łatwości w rachunkach jak pierwéj. Od kilku tygodni, pierwszego początku nie umie sam podać, spostrzega on zwolna ale ustawicznie postępujące zwiększenie objętości prawego stawu kolanowego, który jest także siedzibą miernych bólów, szczególnie dających się uczuwać, po przejściu ze spoczynku w ruch, a które go szczególnie rano po dłuższym spoczynku zmuszają chodzić nogą prawą sztywnie, i dopiero późniéj zwolna może jéj zupełnie prawidłowo używać. Przeczy, jakoby doznał urazu, również nie może sobie przypomnieć, czy miał gorączkę. Oględziny kolana wykazały wyraźne obrzmienie prawego stawu kolanowego. Rzepka wyraźnie balotuje, zagłębienie po obu stronach téjże, jakotéż i nadkolanowa torebka maziowa są wypełnione mierną ilością cieczy, wyraźnie chełboczą. Badanie połączone jest z małemi bólami, które występują dopiero przy szybkiém i natężoném, czynném i bierném poruszaniu stawu kolanowego. Nie czuć żadnego trzeszczenia. Będąc przekonanym, że tak objawy nerwowe jak i puchlina wodna kolana są wywołane przez kiłę, zapisałem mu jodku potasowego 3,0 dziennie. Po 6-tygodniowém leczeniu ustąpiły zupełnie objawy nerwowe, a wysięk w stawie kolanowym teraz (10 tygodni temu, jak widziałem pierwszy raz pacyjenta) jest prawie wessanym, bóle są bardzo małe, trzeszczenia nie można wykazać.

Przypadek VI. Z. I., lat 28, kupiec, został przyjęty do kliniki 26 maja 1881. Pacyjent przebył w r. 1871 wrzód stwardniały z jego następstwami, które pigułkami były leczone. Przeciw zapaleniu obu goleni, na które kilka tygodni cierpiał, zapisano mu jodek potasu. Od roku prawie istnieje sprawa chorobowa w nosie. Stan obecny: Okostna szczęki górnéj, szczególnie na brzegu podoczodołowym i na wyrostku nosowym, po obu stronach, jest zgrubiała, bolesna, skóra pokrywająca te części jest brunatno czerwonéj barwy, twarda, nacieczona, przedstawia już na jedném miejscu, ponad prawą kością nosową chełbotanie. Podniebienie twarde w linii środkowéj przedziurawione, w średnicy 8mm., brzegi otworu są nabrzmiałe, naciekłe, owrzodzone, podminowane w dość dalekim obwodzie przez obumarłą kość podniebieniową. Przez wolne od tłuszczu pokrycie lewéj łopatki, jakotéż przez słabo rozwinięty mięsień *deltoideus,* można, na trzy palce niżéj pod górnym brzegiem dołka panewkowego poniżéj wyrostka kruczego czuć obrzęk większy, niż orzech laskowy, twardy, przy ucisku zaledwie bolesny, który stoi w związku ze ścięgnem długiéj głowy mięśnia dwugłowego. Krawędzie i wolna płaszczyzna obu goleni jest pagórkowatą, nierówną, niebolesną. Leczenie: Jodku potasowego 2,0 na dzień, przepłukiwanie nosa i gardła. 10 czerwca zapalenie okostny korzenia nosowego ustępuje, jest mało bolesne. Guz na ścięgnie mięśnia dwugłowego co do twardości i wielkości mało zmieniony. Zamiast jodku potasowego 4 pigułki jodoformowe po 0,1 dziennie. 2 lipca guz na grzbiecie nosa ustąpił, cewkowrzód na twardém podniebieniu zamknięty. 7go lipca zapalenie okostny dolnych brzegów oczodołowych ustąpiło. 15go lipca guz ścięgna mięśnia dwugłowego aż do połowy wessany. Pacyjent domaga się swego uwolnienia, gdyż reszta zjawisk kiłowych ustąpiła. 13 sierpnia 1882 przychodzi pacyjent znów do kliniki. Po swojém wyjściu ze szpitala w lipcu 1881 przez więcéj niż pół roku czuł się zdrowym, potém jednak nawiedziła go chrypka, późniéj bezmowność i ciężkość w oddechaniu. Stan obecny:

Nad szczytem łopatki lewéj dwa wrzody prawie wielkości centa, ostro ograniczone, okrągłe, podobne do krateru, z dnem nierównėm, z brzegiem zsiniałym, zygzakowatym, nacieczonym i podminowanym. Podobny do tych wrzód znajduje się na trzy palce pod górnym brzegiem dołka panewkowego na owém miejscu, gdzieśmy zeszłego roku mogli namacać guz ścięgna mięśnia dwugłowego. Brzeg i dno tego wrzodu są twarde, w dość dalekim obwodzie nacieczone, a nacieczenie sięga aż do kości ramieniowéj, z którą jest silnie zrośnięte, jest przedziurawione ścięgnem mięśnia dwugłowego, poruszając się z niém. Okostna nad rękojeścią mostka, nad prawym wyrostkiem barkowym jest wyniosła, przy ucisku bolesna. Płaszczyzny wolne obu goleni są pagórkowato-nierówne. Na podniebieniu twardém, jakoteż w okolicy *fossa canina* promieniste blizny. Więzadło głosowe i chrząstki nalewkowe prawie zupełnie nieruchome i nierówne, tak że głośnia najbardziéj na 2—3mm. może być rozszerzoną. Polecono wcierania po 3,0 szaréj maści dziennie. 30 sierpnia wrzody kilakowe czystsze, brzegi tychże płaskie okazują rąbek przybłonkowy. Nacieczenie na dnie wrzodu nad ścięgnem m. dwugłowego mniejsze i miększe. 22 września chory zrobił 40 wcierań. Zalecono jodku potasu 1,0 dziennie. 9 października zapalenie okostny ustąpiło, wyniosłości kości nie są bolesne, guzy zagoiły się, pozostawiając promieniste, lejkowate blizny, które na łopatce z szczytem łopatki i obojczykiem jak i mięśniem naramiennym a pośrednio ze ścięgnem mięśnia dwugłowego pozostają w związku. Chory na własne żądanie opuszcza szpital.

Przypadek VII. M. S., medyk, radził się mnie z końcem sierpnia 1883 z powodu świeżéj, plamisto grudkowéj wysypki, grudek na ustach, miernego nabrzmienia wszystkich gruczołów, jako następstw zakażenia się w pierwszéj połowie lipca. Ponieważ nie mógł znieść zapisanego jodku potasu, poleciłem wcierania i rzeczywiście za użyciem 20 wcierań do końca września ustąpiły wszystkie objawy kiły. Z końcem października, a więc prawie w 4 miesiące po zakażeniu się, odwidza mnie chory powtórnie, uskarża się na silne, szczególnie w nocy, od kilku dni występujące bóle gośćcowe w kolanie prawém, chociaż żadne uszkodzenie miejsca nie miało; każdego wieczora miewa mierną gorączkę i czuje dotkliwe dość szybko wzmagające się obrzmienie nad prawém kolanėm, skutkiem którego każde poruszenie stawu kolanowego jest bardzo bolesnėm. Oględziny prawego stawu kolanowego wykazują, że staw jest zupełnie prawidłowy, rzepka nie balotuje, zarysy jéj, kłykcie i brózda stawowa są po prawéj i lewéj stronie zupełnie równe i normalne. Nad prawym stawem kolanowym czuje się obrzmienie od ścięgna mięśnia czterogłowego przypłaszczone, a po obu jego stronach silniéj występujące, zupełnie odgraniczone, wyraźnie chełboczące, niedające się ani ścisnąć, ani usunąć, które przy zginaniu kolana, po obu stronach ścięgna m. czterogłowego wyraźnie jako obrzęk występuje. Nie mogło tutaj przy szybkiém powstaniu bólu i gorączce coś innego powstać jak tylko ostre zapalenie torebki maziowéj, które, skoro ta ostatnia zamkniętą była, nie mogło wytworzyć się w nadkolanowéj, ze stawem kolanowym komunikującéj torebce maziowéj, lecz w wykazanéj przez Grubera zupełnie zamkniętéj torebce maziowéj między mięśniami prostym i podudowym. Możliwość związku zapalenia torebki z kiłą była uzasadnioną, dla tego poleciłem 2,0 jodku potasowego na dzień i spokój, który pacyjent już i tak dotąd od powstania sprawy chorobowéj zachował. Już po dwu dniach obrzęk był bezbolesny, po 8 dniach znacznie zmalał, a kilka zaleconych pędzlowań nastojem jodowym sprowadziły jego ustąpienie.

Przypadek IX. R. K., lat 41, służąca, przyjętą została do kliniki 21 listopada 1882 r. O zakażeniu kiłowém chora nic nie wie. Przed 12 laty cierpiała na błednicę, zresztą nie może sobie przypomnieć żadnéj choroby. Przed 3ma laty powstał obrzęk na lewém kolanie, rósł zwolna i bezboleśnie i jest otwarty od 6 tygodni. Od lipca 1882 istnieje obrzmienie na łopatce prawéj, które pękło przed 4 tygodniami. Stan obecny: Płaszczyzna przednia rzepki lewéj zajęta prawie w całéj swéj rozciągłości z powodu obrzęku płaskiego, wielkości jabłka, miernie twardego, bezbolesnego; skóra zewnętrzna z nim zrośnięta i nieprzesuwalna jest naciekła i zsiniała, na szczycie obrzmienia ścieńczona i przedziurawiona otworami dwóch fistuł wielkości grochu i soczewicy, oddzielonych od siebie mostkiem skórnym 0.5cm. szerokim i zsiniałym, oba otwory prowadzą do wspólnego wydrążenia wielkości włoskiego orzecha obumarłą tkanką wyścielonego. Nad wyrostkiem kruczym po stronie lewéj znajduje się owrzodzenie nieprzesuwalne, wielkości srebrnego reńskiego, gojące się o brzegach ząbkowanych, podminowanych, naciekłych, brunatno czerwoną skórą otoczone. Brzegi owrzodzenia są promiennemi bliznami przeplatane. Powyżéj znajdują się płaskie guzy, pod skórą usadowione, wielkości orzecha laskowego, skóra nad niemi zsiniała. Leczenie: jodku potasowego 2,0 na dzień. Z końcem stycznia 1883 zagoiły się wrzody kilakowe a guzy rozmiękły i uległy wessaniu. (C. d. n.)

II O wpływie dymu tytoniowego na ustrój ludzki i zwierzęcy.

Rzecz czytana na III Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w r. 1881.

Przez Dra Tadeusza Żulińskiego we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 6).

VI. Doświadczenia porównawcze.

Ażeby lepiéj zrozumieć i ocenić działanie dymu tytoniowego na ustrój ludzki i zwierzęcy, robiliśmy cały szereg najrozmaitszych doświadczeń z każdym z głównych składników dymu tytoniowego oddzielnie, a mianowicie: z czystym nikotynem, z tlenkiem węgla, kwasem pruskim, i z amonijakiem.

Nadto robiliśmy próby i doświadczenia z olejkiem zwierzęcym (*oleum animale*), a to z téj przyczyny, że jak wiadomo, badania Dr. Webera dowiodły, iż w skład jego wchodzą głównie zasady pirydynowe, jak pirydyna, pikolina, kolidyna, parwolina itd. obok olejku przypalonego, kwasu karbolowego, i śladu aniliny, tj. tych ciał, które przez palenie tytoniu wytwarzają się i znajdują w dymie tytoniowym. Głównie jednak doświadczenia te robiliśmy dla zasad pirydynowych, które, jak już badania Webera dawniej z niemi robione wskazały, są dla ustroju zwierzęcego nadzwyczaj trującemi.

Doświadczeń tych na różnych zwierzętach dokonywanych, szczegółowo opisywać nie będziemy, zestawimy tylko objawy i ostateczne skutki działania, idzie nam tu bowiem głównie, aby przekonać się, o ile poprzednie nasze doświadczenia, czynione z dymem tytoniowym, pozbawianym stopniowo tych i owych składników, zgadzają się z działaniem tych składników w stanie chemicznie czystym.

N i k o t y n podawany zwierzętom w rozmaity sposób, jak w formie pary do wdychania, na język i na skórę, działając przeważnie na układ nerwowy w ogóle, a w szczególności na rdzeń przedłużony i na nerwy, jak np. błędny, płucno-żołądkowy, trzewowy, naczynio ruchowy, troiste itd., wywołuje stosownie do ilości i czasu działania, ogólne podrażnienie, otrętwienie, a następnie porażenie.

Działanie to nikotynu wywołuje z początku gwałtowne rzucanie się i niepokój, zawroty głowy; oddechy i bicie serca również zrazu są silniejsze i szybsze, a potém wolniejsze i stają się nieregularnemi. Duszność coraz większa, tętno przerywane, ślinienie się i wymioty, wydzielanie moczu i kału, drgania, osłabienie ogólne mięśni, rozszerzenie źrenicy, tężec i porażenie, szczególnie mięśni ruchu mimowolnego.

A m o n i j a k i węglan amonowy domięszany do powietrza, którém oddéchało zwierzę, wywoływał silne podrażnienie i rzucanie się jego. Podniecenie ogólne szczególnie w sferze ruchu i krążenia. Zwierzę nos łapami drapie i otwiera pyszczek. Kurcze, drgawki a potém osłabienie i nieruchomość, szczególnie łap przednich. Przekrwienie błon śluzowych, i obfitsze ich wydzielanie.

K w a s p r u s k i w powietrzu, a więc dostający się do ustroju przez płuca, wywołuje drapanie w gardle, nudności, bóle i zawroty głowy, utrudnia oddech, sprawia bezdech i zaduszenie, zwolnienie i nierówność tętna, rozszerzenie źrenicy, upadek sił, kurcze, drgawki i tężec. Krew po śmierci bywa jasno-czerwona. W dawkach nie sprowadzających smierci objawy te dość jasno występowały i spostrzegać się wyraźnie dawały.

N i e d o k w a s w ę g l a, którego działanie śledzić także i na ludziach mieliśmy kilka razy sposobność, wywołuje mdłości, z początku silne bicie serca i uderzenia krwi do głowy, jakotéż szybsze oddéchanie, a potém zwalnianie się jego; bóle i zawroty głowy; mienienie się w oczach, nudności, wymioty, osłabienie ogólne mięśniowe, chwianie się, utratę przytomności, śmierć. Krew jasno-czerwona daje w przyrządzie widmowym wyraźne smugi między D—E gałczenia tlenko-węglowego.

O l e j k u z w i e r z ę c e g o używaliśmy do doświadczeń trzech gatunków różniących się co do koloru i składu. Idąc za wskazówkami Dr. Webera *(Toxicologische Studien über das Oleum animale aethereum. Arch. f. Heilk.* H. 6. s. 544) przekonaliśmy się przy doświadczeniach, że działanie trujące olejku zwierzęcego na zwierzęta wywołujące duszność, zwolnienie oddechu i tętna, jakotéż osłabienie mięśni i bezwład, pochodzi od działania jego na rdzeń przedłużony i pacierzowy. Drgawki kloniczne zdarzały się, tężca nie było.

Olejek ten pozbawiony owych zasad pirydycznych, nie posiadał tych własności i był nieszkodliwy.

Otóż z doświadczeń tych z powyższemi czterema ciałami, które staraliśmy się robić, poczynając od dawek jak najmniejszych, poznać można łatwo, że działanie ich w wielu objawach bardzo zbliża się do działania nikotynu, co razem znacznie potęguje trujące wpływy dymu tytoniowego.

Ponieważ jednak, jak widzieliśmy, nigdy nie możemy być pewni tak jakościowego jak i ilościowego składu chemicznego tytoniu, którego do palenia używamy, równie jak fabrykacyi, podstawiania i fałszerstwa, jakotéż sposobu samego palenia, tj. wytwarzania się tych właściwych związków dymu tytoniowego, przeto skutki i objawy tych i owych doświadczeń, raz wybitniejsze i silniejsze, drugi raz słabsze lub mało znaczne, odnosić powinniśmy do większéj lub mniejszéj ilości jednego z tych składników w dymie, które jak widzieliśmy w doświadczeniach naszych, sprawić mogą cały szereg najrozmaitszych skutków począwszy od słabego podniecenia i rozdrażnienia, aż do porażeń zupełnych i śmierci.

Można mieć bowiem często do czynienia w dymie tytoniowym z ciałem, którego obecności wcale się nie spodziewamy.

Tak np. dodają niekiedy do liści tytoniowych liście m a r z a n k i (*asperula odorata*), t o n k i (*dipterix odorata*), w o n i t r a w k i (*anthoxantum odorata*) i n o s t r z y k u l e k a r s k i e g o (*melilotus officinalis*), a to dla tego, że rośliny te zawierają w składzie swym zawsze k u m a r y n ę $\left(C_6\ H_4 \left\{ \begin{matrix} O \backslash \\ C_2\ H_2\ CO \end{matrix} \right. \right)$, własnościami swemi bardzo zbliżoną do nikotynu.

Pomysły zafałszowań tytoniu, doskonalą się ciągle i mnożą z postępem nauki, a jak wiemy, i stanowią zawsze ścisłą tajemnicę każdéj fabryki. Nic więc przeto dziwnego, że przy badniach fizyjologicznych najdokładniejszych nawet, a często także w przypadkach zatrucia tytoniowego, możemy się przecie spotykać z pewnemi często odmianami, w działaniu dymu tytoniowego na ustrój ludzki i zwierzęcy, które jedynie od owych domieszek zależeć mogą.

Mimo to jednak, gdybyśmy w badaniach tych tytoniu, i powstających z niego dymów, nie doszli do poznania lub pominęli nawet te lub owe składniki, to już dotychczasowe wyniki wykazujące, że nie tylko sam nikotyn, ale i inne składniki z palenia powstające, biorą niemały udział w działaniu i wpływie palenia na zdrowie nasze, wystarczającą winny być nam zachętą do nieustannej kontroli nad fabrykacyją tytoniu, i pilniejszego nieco jak dotychczas zastanawiania się nad skutkami palenia.

VII. S p o s t r z e ż e n i a p a t o l o g i c z n e.

Jak wartość każdéj moralnéj, najpiękniejszéj nawet teoryi, zawsze okazuje się i sprawdza dopiero w życiu i w praktyce, tu bowiem wyraźnie po pewnym czasie występują na jaw jéj dodatnie i ujemne strony, tak samo zupełnie ma się rzecz i z czynnikami materyjalnemi, fizyjologicznemi i higijenicznemi życia naszego, — o rzeczywistéj ich pożyteczności lub szkodliwości możemy tylko sumiennie sądzić i wyrokować wtedy, jeżeli doraźne doświadczenia i teoryje nasze znajdują niezbite poparcie w długim szeregu postrzeżeń, w praktyce codziennego życia.

Tak się rzecz ma i z paleniem tytoniu. W obec więc jego coraz większego rozpowszechniania się, w obec upodobania, namiętności i nałogu dzisiejszych palaczy, skutki i fakty patologiczne, zbierane i stwierdzane przez naukę, niech mówią same i przekonywają. Stanowią one bowiem najsilniejszy argument tam, gdzie idzie o zdrowie i życie ludzkie. Nie będziemy się jednakże i tu zastanawiali długo, t. j. opisywali obszernie i szczegółowo wszystkie objawy chorobowe, jakie skutkiem nadmiernego lub długiego palenia tytoniu występują, ale poprzestaniemy tylko na przytoczeniu główniejszych i powszechnie znanych już cierpień i chorób, wynikających z zatrucia ustroju tytoniem. Objawy patologiczne dzielimy na zatrucia tytoniowe ostre i przewlekłe.

Zatrucia ostre dymem tytoniowym przytrafiają się: 1) u każdego człowieka, który po raz pierwszy dość obficie palić zaczyna; 2) po dłuższym pobycie, a szczególnie spaniu w miejscu, gdzie kilka osób naraz wiele pali, a nie ma odpowiedniego przewiewu; 3) po dłuższém nakadzaniu się dymem tytoniowym w celu leczenia się; i 4) po rozmyślném nad-

miernêm paleniu tytoniu, cygar i fajek jedna po drugiéj przez brawurę, i chęć pokazania swéj wytrzymałości lub téż w skutek zakładu.

Objawy ostrego zatrucia tytoniowego są następujące: Obfite gromadzenie się śliny w jamie ustnéj. Twarz blada i ręce okrywają się zimnym potem. Silny ból głowy i zawroty. Szum w uszach. Ćmienie w oczach. Drżenie całego ciała i mglenie. Często niemożność utrzymania się na nogach. Niekiedy silne udary do głowy. Oddechy z początku silne i przyspieszone, stopniowo stają się coraz trudniejsze, wolniejsze i płytsze. Duszność. Bóle silne, piekące i ściskające, szczególnie w okolicy mostka i dołka sercowego. Uderzenia serca z początku silne i częste, zwalniają i słabną stopniowo, tak, że ich niekiedy za pomocą słuchawki zaledwie dosłyszeć można. Tętno coraz to słabsze, nierówne i przepuszczające. Nudności, bóle i ściskania w okolicy żołądka i kiszek. Wymioty cuchnące. Stolce obfite, wodniste i ciemne. Wydzielanie moczu obfite. Źrenice rozszerzone. Upadek sił. Osłabienie mięśniowe ogólne. Wydzielanie mimowolne kału i moczu. Niekiedy utrata przytomności. Konwulsyje. Śmierć.

Wszystkie te objawy, jakeśmy to już powyżéj wspomnieli, zależą od gatunku tytoniu, który palimy, ilości, jakotéż usposobienia osobniczego, t. j. większéj lub mniejszéj tolerancyi ustroju dla dymu tytoniowego.

Zatrucia te ostre dymem tytoniowym, nawet dość silne niekoniecznie kończą się śmiercią. Dają się bowiem i szczęśliwie przy pomocy lekarskiéj usunąć. Choć zatrucia długie, jak doświadczenia nas pouczają[1]), często pozostawiają po sobie zboczenia w ustroju i choroby.

Przy coraz częstszém paleniu i spotykaniu się z dymem tytoniowym, objawy ostrego zatrucia występują coraz słabiéj i coraz mniéj wybitnie dla palącego i dla obserwatora, tak, że dla wywołania ich, potrzeba coraz to większéj ilości tytoniu.

Szkodliwość dymu na ustrój objawia się przy długiém i częstém używaniu nieznacznie, tak, że po pewnym dopiero czasie występuje, jako zatrucie przewlekłe.

Przewlekłe zatrucia tytoniowe, wśród których dym tytoniowy dostawszy się przez płuca do krwi, działa na cały nasz ustrój, mogą objawiać się wybitnie w następujących narządach:

Narząd trawienia. Porażenie, jakie wywołuje długie działanie dymu tytoniowego w nerwie błędnym, a szczególnie w jego gałęziach żołądkowych, które wpływają na wydzielanie soku żołądkowego, jakotéż na ruchy narządu trawienia, sprawia, że u nałogowych palaczy, o ile z początku i w małych ilościach używany tytoń budzi apetyt i strawność, o tyle po długiém paleniu wywołuje zawsze prawie przewlekły nieżyt żołądka i kiszek, często z całym szeregiem objawów tym cierpieniom towarzyszącym, jak brak apetytu, nerwice żołądkowe i nawet zatwardzenia stolca. Drażnienie bowiem ciągłe i pobudzanie nerwu błędnego wywołuje zawsze stępienie jego wrażliwości i działalności, a tém samém utrzymuje i nieżyt żołądka przez drażnienie błony śluzowéj żołądka śliną, napojoną dymem tytoniowym. Z téjże samej przyczyny bywa także u nałogowych palaczy bardzo często i nieżyt przewlekły gardzieli.

Narząd krążenia krwi. Wśród dłuższego działania dym tytoniowy, który, jak widzieliśmy, składnikami swemi działa przeważnie na układ nerwowy w ogóle, a w szczególności na rdzeń przedłużony i nerwy płucno-żołądkowy i błędny, podrażniając i przytępiając, a nawet niekiedy porażając ich działanie, wywołuje nieprawidłową czynność serca. Ztąd pochodzi często zdarzające się u palaczy silne bicie serca i nieregularne działanie, t. j. kurczenie się i rozszerzanie jego; co sprawia dziś stanowczo stwierdzone t. z. tętno przerywane.

Objaw ten choroby nie ma żadnego związku, jak to liczne postrzeżenia naukowe kliniczne dowiodły, z wadami organicznemi serca, ale bywa głównie natury czysto nerwowéj, powstaje skutkiem przewlekłego zatrucia tytoniowego. Dr. Decaisne [1]) na 43 osób palących znalazł 8 razy tętno przepuszczające. Dr. See na 88 palaczy 21 razy. Według zaś moich własnych postrzeżeń na 115 badanych, między którymi nie było żadnego z organiczną wadą serca, tętno przepuszczalne znaleźliśmy u 43. A byli to wszystko namiętni palacze.

Drażniące wciąż i pobudzające wpływy dymu tytoniowego na naczynia krwionośne sprawiają niekiedy po dłuższym czasie u palaczy pewien rodzaj porażenia ich kurczliwości czyli sprężystości; skutkiem czego powstaje u nich t. zw. rozmiękczenie serca a niekiedy i tętniaki.

Do najwięcéj jednak charakterystycznych objawów przewlekłego zatrucia tytoniowego należą t. zw. bóle około-sercowe, które niekiedy są znaczne i nabierają charakteru objawów choroby zwanéj dusznicą bolesną (*Angina pectoris*), którą dla pochodzenia swego nazwano nawet tytoniową. Wszystkie objawy bowiem tutaj występujące, jak bóle około serca, mostka, szyi, w plecach i w rękach, duszność i bezdech, bicia serca bardzo słabe, a chwilami nawet ustające, tętno drobne, trudno wymacalne, palenie w dołku, niepokój wielki, bladość itd., powstają przedewszystkiém skutkiem działania składników dymu na rdzeń przedłużony.

Dr. A. Blatin między innemi dowodami powstawania w tym razie dusznicy bolesnéj z palenia tytoniu przytacza, że John Forbes na 88 jéj przypadków miał 80 u mężczyzn a u kobiet tylko 8, a Dr. Lartigue na 67, 60 u mężczyzn a 7 u kobiet. Nadmierne więc palenie tytoniu mężczyzn sprawiało głównie tak częste między niemi przytrafianie się téj niemocy.

Z własnych zresztą spostrzeżeń przytoczyć możemy pięć przypadków dusznicy bolesnéj, w których najściślejsze badanie co do początku, przebiegu i leczenia wykazało, że powstały niewątpliwie skutkiem zatrucia tytoniowego.

Występowanie w narządzie oddechowym chorobowych objawów, jakie zdarzają się skutkiem przewlekłego zatrucia tytoniowego, łatwo pojąć możemy, po tém cośmy wyżéj o narządzie krążenia krwi mówili, bo i ten narząd od rdzenia przedłużonego i nerwu płucno-żołądkowego głównie zależy.

Do najczęstszych objawów chorobowych należy duszność tabaczna *(Dyspnoea nicot.)*, która powstaje skutkiem tak zmniejszonéj kurczliwości i wrażliwości mięśni oskrzelowych i pęcherzykowych w płucach, iż nie mogąc się należycie kurczyć, dobrze się nie wypróżniają z raz już wciągniętego powietrza, co wywoływać musi koniecznie, potrzebę głębokiego wdychania i duszność, wymiana gazów bowiem nie odbywa się w tych okolicznościach jak należy i płuca źle się z krwi opróżniają.

[1]) Jak n. p. w przypadku przytoczonym przez prof. D. Tardieua w dziele *„Etudes medicolegales et cliniques sur l'empoisonements"*.

[1]) Rozprawa czytana w Akad. Nauk w Maju r. 1866 i *Revue d'hygiene* Nr. 10, 1879.

Często u osób, które nawet same nie palą, ale długo codzień przesiadują w miejscach pełnych dymu tytoniowego, powstają bóle klatki piersiowéj (*Pleurodynia*), co pochodzi zwykle ze znacznego zmęczenia i wysilenia mięśni piersiowych przy utrudnioném oddechaniu. Objaw więc ten zasługuje na baczną uwagę.

Jeżeli zatrucia te dymem tytoniowym będą silniejsze i dłuższe, wtedy zboczenia te przybierać mogą charakter rozedmy płuc lub prawdziwéj dychawicy, w obu razach przyrody tytoniowéj. Obie bowiem te choroby zawsze powstawać mogą z podrażnienia i porażenia rdzenia przedłużonego i nerwu płucno-żołądkowego. Liczne téż spostrzeżenia dowodzą, iż napady dychawicy najczęściéj zdarzają się podczas silnego palenia, lub przebywania długiego w dymie tytoniowym. Zazwyczaj tylko o okoliczności téj lekarze zapominają. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Wiktorowski: Stosunek spraw twórczo-zapalnych do spraw wrzodzenia w żołądku.

Pomimo prac najznakomitszych patologów do dnia dzisiejszego nie znamy dokładnie historyi rozwoju wrzodu żołądkowego. Wyniki, do jakich doszedł W., zdolne są poniekąd wyświecić niektóre szczegóły tego pytania, któremu już autor przed kilku laty poświęcił obszerną pracę. Nie zawadzi może choć w ogólnych zarysach zdać z niéj sprawę, nim omówimy wyniki rozprawy drugiéj, nowszéj, umieszczonéj w ostatnim grudniowym zeszycie Arch. Virchowa (1883).

1) Międzymiąższowe, przewłoczne zapalenie żołądka, rozwijające się z przyczyn miejscowych, nie ogólno-ustrojowych, cechuje się szczególnie ogniskowym zanikiem gruczołów trawiennych, podczas gdy przeważna ich część albo przerasta lub pozostaje niezmienioną, czém właśnie sprawa różni się od zapalenia na tle ogólno-ustrojowém (swoistém) się rozwijającego.

2) Nie tylko w interstycyjach błony śluzowéj lecz i w utkaniu błony podśluzowéj rozrasta się tkanka łączna. Błona śluzowa tworzy przytém obfite fałdy i zagłębienia. Błona śluzowa tych rowków jest w przeważnéj części silnie zrośniętą z warstwami głębszemi za pomocą twardéj, prawie bliznowatéj tkanki łącznéj; toż samo dotyczy i fałdów, w których skład prawie nigdy warstwa mięsna nie wchodzi, a które składają się ze „zbitych mas tkankołącznych pokrytych błoną śluzową.“ Takie wałki i rowki wytwarzają się szczególniéj w okolicy odźwiernika, krzywizny małéj i wpustu.

3) W tych miejscach warstwa mięsna jest przerosłą, a stopień przerostu odpowiada ściśle ilości rozrosłéj tkanki łącznéj.

4) W razie gdy znajdują się wrzody, których najczęstszą siedzibą są właśnie okolice wyżéj wymienione, można stwierdzić w powłoce surowiczéj, w miejscu, odpowiadającém usadowieniu się wrzodu, oprócz rozlanego nacieku, jeszcze ograniczone „gładkie, bliznowate“ zapalenie łącznotkankowe, które należy uważać jako zapalenie odczynowe. Nowowytworzona tkanka rozsuwa włókna mięsne, znosi późniéj miejscowo w zupełności czynności warstwy mięsnéj i zjawia się wreszcie na dnie wrzodu.

Sprawy powyższe podciąga W. w swéj pierwszéj pracy pod cztery kategoryje: warunki chemiczne (gruczoły trawieńcowe), mechaniczne (patologiczne rowki i zwoje), dynamiczne (przerost warstwy mięsnéj), moderujące (wytwory zapalenia odczynowego).

Wnioski, do jakich autor dochodzi, dają się streścić w sposób następujący:

1) Wrzód dziurawiący żołądka jest histologicznie zwykłym zapalnym wrzodem, nieróżniącym się niczém od wrzodów tego rodzaju, gdzieindziéj się wydarzających.

2) Wrzód ten jest wytworem zwykłéj sprawy zapalnéj produktywnéj, pod wpływem wymienionych wyżéj trzech pierwszych warunków, zazwyczaj razem działających. W razie gdy wrzód już się rozwinął, wyrabia się czynnik czwarty (moderujący), działający antagonistycznie względem tamtych trzech warunków.

3) Wrzód żołądka usadawia się pierwotnie na dnie patologicznego „rowka“ błony śluzowéj, silnie przylegającéj do przerosłéj warstwy mięsnéj. W témże miejscu rozwijają się sprawy miąższowe, obok spraw przeobrażenia wstecznego, podczas gdy sąsiednie okolice błony śluzowéj „rowka“ jeszcze zawsze w stanie przerostu pozostają. Nadto powstaje jeszcze naciek zapalny, którego komórki nadają powstałemu drobnemu wrzodzikowi cechę, jak autor się wyraża, „ziarni nowo-miąższową.“ Te szczegóły, wyróżniające ten wrzód od wrzodu w znaczeniu Förstera, tłumaczą téż, dla czego zajęte bywają odźwiernik, wpust i krzywizna mała żołądka; tu bowiem najbardziéj rozwiniętą jest warstwa mięsna prawidłowa jak niemniéj chorobowo przerastająca, a więc i patologiczne zwoje i rowki. Wrzód żołądka należy tedy uważać jako jedno ze zejść zapalenia przewłocznego lub twórczego błony śluzowéj żołądka.

4) Ogniskowo rozsiany naciek zapalny otoczenia wrzodu cechuje się zdolnością przeistoczenia się w trwałe utkanie łączne. Niegojenie się zaś czyli dalsze szerzenie się wrzodu polega na komplikacyi pochodzącéj od wtłaczania się brzegów błony śluzowej, pokrytych prawidłowemi lub przerosłemi gruczołami trawieńcowemi, w sam wrzód. Przyczynia się do tego przeważnie przerost warstwy mięsnéj. Zdaniem autora wrzód dziurawiący żołądka jest istotném „*Ulcus complicatum.*“

5) Od wzajemnego stosunku rozrastającéj się tkanki łącznéj i przerosłéj warstwy mięsnéj zależy nasilenie powyżéj naznaczonéj komplikacyi. Ponieważ samo wtłaczanie się błony śluzowéj daleko mniejsze ma znaczenie aniżeli działanie niszczące gruczołów trawieńcowych przerosłych, w niéj usadowionych, to tém rychléj należy się spodziewać nadżarcia, względnie przebicia ścian żołądka, im słabszy jest rozrost odczynowy tkanki łącznéj; gdy zaś warstwa mięsna staje się słabszą lub gdy rozwija się zanik przybrzeżnych gruczołów trawieńcowych, natychmiast zaczyna przeważać sprawa zapalna a jéj zejściem, — zabliźnienie wrzodu. Autor kładzie szczególniejszy nacisk na to, że wrzodowi żołądka towarzyszy od początku aż do końca sprawa zapalna, która tylko chwilowo skutkiem przeważającéj „korozyi“ może być mniéj widoczną, że zatém wrzód żołądka zasługuje na miano: *Ulcus inflammatorium complicatum.*

6) Ztąd téż leczenie racyjonalne powinno uwzględnić: 1) przerost warstwy mięsnéj, 2) chorobowe ustawienie brzegów błony śluzowéj, jéj wypuklanie się, jako wynik sprawy zapalnéj twórczéj i warunku pierwszego, 3) stan gruczołów trawieńcowych przybrzeżnych (podobną rolę odgrywających co rzęsy w obec *Entropium* powieki). Dla tego autor bardzo powątpiewa o skuteczności leczenia wrzodu żołądkowego we-

dług sposobów dotąd używanych, a liczne korzystne wyniki woli raczéj przypisać niezbyt ścisłemu rozpoznaniu. Leczenie operacyjne, chirurgiczne, wrzodu żołądkowego wydaje się autorowi jako leczenie jedyne w przyszłości.

7) Inne postacie wrzodów żołądkowych, a zatém bez wypuklania się błony śluzowéj opatrzonéj zdrowemi gruczołami trawieńcowemi, bez przerostu warstwy mięsnéj, bez wynikającego ztąd rozrostu tkanki łącznéj muszą być wyłączone z téj kategoryi, a mianowicie: nadżerki, owrzodzenia krwotokowe, rozpadające się zawały krwawe, ropienie, obumarcia tkaniny po zwyrodnieniu miażdżycowém i zatorze naczyń krwionośnych i podobnego rodzaju sprawy chorobowe, dopokąd nie rozwijają się na tle zapalném, sprzyjającém wytwarzaniu się tkanki łącznéj. — Gdy tego warunku brak, można się spodziewać przedziurawienia, gdyż sama kwaśna treść żołądkowa bez przybrzeżnych gruczołów trawieńcowych jeszcze nie wystarcza. Szczegóły powyższe zarazem wykazują, jak małą wartość mają dochodzenia doświadczalne dotąd znane, gdzie przeważnie chodziło tylko o następstwa wstrzymanego krążenia [1]. (Dok. nast.)

Eickhold: O bezsenności i lekach nasennych.

(Dokończenie. Patrz Nr. 7).

Jeżeli czynne nawały krwi do głowy, przekrwienie mózgu lub opon mózgowych stanowią przyczynę bezsenności, poleca E. stósowanie prądu przerywanego sposobem Bearda i Rokwella, albo pędzelka z prądem indukcyjnym sposobem Rumpfa. Gdy przeciwnie niedokrewność ogólna jest owém tłem, zaleca oprócz leczenia ogólnego sprowadzenie sztucznéj pletory przez użycie pewnéj ilości napoju wyskokowego przed obfitą wieczerzą. Dobre wino lub flaszka piwa odnoszą pożądany skutek, ostatnie zwłaszcza u kobiet niedokrewnych. Część tego działania należy zapewne położyć na karb chmielu. W stanach tego rodzaju okazuje się czasami skuteczną, powszechnie jako środek podniecający używana, kamfora, którą E. stósował podskórnie rozpuszczoną w oliwie lub lotniku, chociaż ostatni rozczyn sprowadza czasem bolesne owrzodzenia.

Z leków nasennych w ścisłém znaczeniu wyrazu wymienić należy bromki: potasowy i sodowy. Środki te działają nader skutecznie w licznych przypadkach, podawać je należy jednak w ilości znaczniejszéj z wieczora, gdyż małe dawki, rozdzielone na cały dzień, są zazwyczaj bezskutecznemi. 5·0—6·0 gm. rozpuszczone w 150·0—200·0 gm. wody dest. najlepiéj bez wszelkich innych dodatków zażyte na raz wieczorem sprowadzają pożądany skutek; gdyby żołądek nie znosił takiego rozczynu, należy go jeszcze więcéj rozcieńczyć lub rozpuścić sól w słabym naparze miętowym.

Skutki działania i wskazania makowca i morfinu aż nadto dobrze są znane a niemniéj znane dokładnie następstwa przewlocznego używania tych przetworów. Makowcowi przypisać należy pewne zalety przed morfinem jako środkiem nasennym a podskórnie można również makowiec wstrzykiwać w rozczynie: *Extracti opii* 1·0, *Aq. destill.* 25.0, *Acid. carbol. cryst.* 0·01.

Wodnik chloralu jest znakomitym środkiem nasennym i bywa z korzyścią stósowanym w każdéj postaci bezsenności. Dawniéj szafowano szczodrze tym środkiem bez obawy o złe następstwa, teraz mnożą się spostrzeżenia, czynione zwłaszcza w zakładach dla chorych na umyśle, które kładą tamę przewłocznemu podawaniu chloralu. Przeciwwskazanie stanowią schorzenia serca i tętnic, a dłuższe używanie tego środka sprowadza oprócz zmian miejscowych w przewodzie pokarmowym opuchliny, charłactwo, a zwłaszcza cały szereg zboczeń umysłowych, które dozwalają w początkach rokować pomyślnie u obciążonych dziedzicznie, zwykły jednak przechodzić w chorobę umysłową nieuleczną.

Dla uzupełnienia szeregu leków nasennych wymienić należy w nowszych czasach używane: hyoscyjamin, paraldehyd i acetal. Pierwszy z nich jest alkaloidem, którego pierwszy okres działania jest wielce zbliżony do działania atropinu, późniéj dopiero pojawia się sen mocny i trwały. Ze względu jednak na przykry i niezwykły obraz skutków tego środka w pierwszym okresie jego działania nie znajduje on zastósowania w praktyce prywatnéj, chyba tylko w zakładach dla umysłowo chorych, na których działa skutecznie. Obydwa następne wprowadzono w zastępstwie chloralu, są one produktami powstającemi przez utlenienie wyskoku i znajdują się jako zanieczyszczenia w wódce pędzonéj z ziemniaków i w młodych winach. Paraldehyd jest cieczą o niemiléj woni, podawanym bywa w ilości 2—3 grm., sen po użyciu tegoż bywa krótki a skutek nie dopisuje w 50% przypadków. Jeszcze mniéj korzystnie brzmią rezultaty doświadczeń czynionych z acetalem, poleconym przez Meringa. Obok wielu nieprzyjemnych działań ubocznych, właściwych również i paraldehydowi, nie odznacza on się żadnemi szczególniejszemi zaletami a skutek ten sam co 8—10 grm. acetelu osiągnąć można kieliszkiem koniaku w sposób o wiele przyjemniejszy.

Całkiem inaczéj ma się rzecz z innym a również od niedawna zalecanym środkiem nasennym. Jest nim *cannabinum tannicum*. Środek ten doświadczany przez Fronmüllera i Hillera działa znakomicie w dawce od 0·1 do 0·5 i to zwłaszcza w przypadkach bezsenności neurastenicznéj, w początkach zadumy bez zwidywań. Jedynie postacie zadumy ze zwidywaniami i omamami wykluczają użycie tego środka, jak bowiem doświadczenie wykazało, pogarsza się stan chorych i nastaje majaczenie tego rodzaju, jakie opisują autorowie po użyciu haszyszu. Na sprawy życia na narząd krążenia nie wywiera on wpływu złego, jedynie wysoka cena tego środka stoi na przeszkodzie jego rozpowszechnieniu. (*Deutsche med. Woch.* 1883, Nr. 49).

Dr. Schaitter.

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z Walnego Zgromadzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego z d. 19 grudnia 1883.

W godzinach przedpołudniowych odbyły się jak zwykle wizyty w zakładach leczniczych.

Na posiedzeniu popołudniowém obecni byli z kolegów zamiejscowych pp. Zaremba, Golski i Krzyżagórski; z miejscowych pp. Koszutski, Szulc, Osowicki, Jarnatowski, Kasprowicz, Batkowski, Kapuściński, Grodzki, Jerzykowski, Stan, Zielewicz i sekretarz. Nadto zaszczycił zebranie obecnością swoją członek histor. Wydziału Tow. Przyj. Nauk ks. Dr. Kantecki. W zastępstwie nieobecnego prezesa kol. Mateckiego sekretarz zagaił posiedzenie. Na przewodniczącego uproszono kol. Zarembę.

1) W sprawie Związku stowarzyszeń lekarskich niemieckich Sekretarz objaśnia zebranym przyczynę postawienia jéj na porządku dziennym (p. protokół posiedzenia z d. 2 listo-

[1]) Autor zdaje się ma na myśli (sposób wyrażania się jego nie grzeszy zbytnią jasnością) szczególniéj doświadczenia Pavyego, których jednakowoż, naszém zdaniem, wcale nie zbił. (*Przyp. Spr.*)

pada r. z.). W nader żywéj rozprawie zabierali głos koll. Zielewicz, Jarnatowski, Osowicki, Jerzykowski, Kapuściński i sekretarz, a ostatecznie zgodzono się na przyjęcie wniosku koll. Zielewicza i Jerzykowskiego téj mniéj więcéj osnowy: Wydział lekarski upoważnia kol. Wicherkiewicza do dania Dr. Rehfeldowi odpowiedzi następującéj: Wydział lekarski postanowił na razie do Związku towarzystw lekarskich niemieckich nie przystąpić, nie widząc dla siebie żadnych z takiego przystąpienia namacalnych korzyści, a wyraża równocześnie swe zadziwienie, że Wydział rzeczonego Związku nie uważał za stosowne odnieść się w téj sprawie do Sekcyi lekarskiéj Tow. Przyj. Nauk, istniejącéj już od roku 1866.

2) Kol. Koszutski odczytał rzecz pod tytułem: Przyczynek do leczenia dyfteryi (będzie umieszczony w Przeglądzie Lekarskim).

W dyskusyi nad tym wykładem zabiera głos kol. Krzyżagórski: Leczenie dyfteryi dwuchlorkiem rtęci nie jest nowém. Już przed Kochem Burow polecał środek ten w połączeniu z białkiem. Kol. Krzyżagórski leczył nim zarówno z kol. Pernaczyńskim we Wrześni dość liczne przypadki dyfteryi przełyku z niewątpliwie korzystnym wynikiem. Trzy przypadki, pomiędzy temi bardzo groźne, były nawet połączone z dławcem, w innych środek ten okazał się bez wszelkiego wpływu na chorobę. To téż kol. K. upatruje w tém tylko powtarzające się niejednokrotnie doświadczenie, że jakiś zachwalony środek raz działa korzystnie, gdy innym znowu razem wcale jest bezsilnym. To samo doświadczenie zrobił ze sinkiem rtęci, tak gorąco poleconym w nowszych czasach z Królewca. W dwóch przypadkach połączonych z dławcem, już we 24 godzin błony dyfteryjne zaczęły znikać, w trzecim atoli przypadku jakotéż i dalszych, nastąpiło zejście choroby śmiertelne i dla tego i ten środek zalicza jak wiele innych do przestarzałych. — Kol. Koszutski zwraca na to uwagę, że nie zaleca środka swego przeciw dławcowi lecz dyfteryi przełyku, na co kol. Krzyżagórski odpowiada, że dyfteryja z przełyku przechodzi jako dławiec do krtani i dalszych dróg oddechowych. — Kol. Jerzykowski mniema, że każdy z praktyków ma swój ulubiony środek, który mieni być najlepszym; i tak słyszał od kol. Kramarkiewicza, że wyłącznie rozcieńczonym spirytusem leczy skutecznie dyfteryję, jemu zaś samemu zazwyczaj chlorek potasowy wystarcza. Pytanie, jaki środek przeciw rzeczonemu cierpieniu jest istotnie najlepszym, trudno na posiedzeniu rozstrzygnąć, najważniejszą przytém rolę odgrywa zawsze rodzaj pomoru. — Kol. Zielewicz nie widzi w zastosowaniu przeciw dyfteryi żadnego środka ani nowego, ani przyjemnego, ani téż łatwego czyli praktycznego ze względu na sposób przez prelegenta zalecony. Póki dyfteryja znajduje się na migdałkach, można sobie z nią często bez wszelkiego trudu dać radę, gdy się zaś rozkrzewi ku górze lub dołowi, sposób użycia środka tego nie jest także wystarczającym. — Kol. Kapuściński cieszy się, że kol. Koszutski z takiém zamiłowaniem zajął się sprawą dyfteryi, mniema jednakże, że łagodne przypadki tegoroczne nie mogą przekonać o skuteczności metody, zresztą kalomelu nie uważa także za środek nowy. — Kol. Osowicki wyraża wdzięczność kol. Koszutskiemu za to, że zajął ponownie sprawą dyfteryi uwagę kolegów i mniema, że w sposobie prelegenta chodzi głównie o to, ażeby sublimat zastósować w sposób łagodny, a zwraca uwagę na jedno przy tém niebezpieczeństwo, tj. na wywołanie zapalenia dziąseł, a mianowicie, gdy chodzi o przypadki lekkie, przez coby się charakter tychże mógł zmienić. — Kol. Kapuściński nie zgadza się nawet na zachwalany przez kol. Koszutskiego sposób zastósowania środka poleconego, a to ze względu na to, że w obec znacznych obrzmień ścian jamy ust środek ten zadmuchiwany do miejsc zajętych dojść nie może.—Kol. Krzyżagorski przyznaje, że użycie kalomelu po poprzedniém przepłukaniu solą nie było mu znaném. — Kol. Zielewicz gani użycie rozpylacza, który w wielu razach wypowiada posłuszeństwo i zawodzi, woli raczéj w podobnych razach gąbką przenieść środek na części zajęte. — Kol. Jerzykowski dziwi się, że prelegent sześciorazowe zastósowanie środka przez siebie poleconego uważa za wystarczające. — Dr. Wicherkiewicz nie zbyt często spotyka się z dyfteryją samoistną oka; w przypadkach swoich przekonał się jednak niewątpliwie, że najdzielniejszym środkiem przeciwko téj chorobie są przetwory rtęciowe, a mianowicie tlenek rtęciowy w postaci maści wkładany we worek spojówkowy obok lodowych okładów i ogólnie pobudzających środków. Nie wątpiąc. że i kalomel przy przemianie swéj na sublimat, tj. przeważnie w chwili tworzenia się *(in statu nascendi)*, korzystnie działać może, stawia W. jednak pytanie, czy w obec charakteru dyfteryi, która nie jest sprawą powierzchownych warstw jak dławiec, ale raczéj wysiękiem ropiasto-włóknistym przenikającym nabłonek i głębsze pokłady tkanki i tak w najkorzystniejszych warunkach przez kol. Koszutskiego zastósowany sublimat dostatecznie działać jest w stanie. Może przypadkowo zrobione doświadczenie w okulistyce mogłoby praktykom być wskazówką, jak inny przetwór rtęciowy wytwarzający się z kalomelu zwrócić przeciw prątkom dyfterytycznym i to także w chwili, gdy się ten nowy przetwór wytwarza. Wiadomo zaś każdemu okuliście, że tam, gdzie przy równoczesném wewnętrzném podaniu jodku potasowego zasypywano, czyto dla pryszczyków czyteż dla innych cierpień oka spojówkowych i rogówkowych kalomel, w krótkim bardzo czasie powstają złogi w spojówce zupełnie podobne do tych, jakie widzimy w sprawie dyfteryjnéj. Zamieniony przez działanie zawartego w tkankach jodku kalomel na jodek rtęciowy widocznie dochodzi do głębszych warstw, w których kto wie, czy nie mógłby sprawy dyfteryjnéj pokonać.

Odpowiadając na pytania i zarzuty kolegów, przeczy kol. Koszutski najprzód temu, jakoby przypadki, w których środka swego używał, miały być lekkie. Przytacza z nich jeden, w którym w szkarlatynie i dyfteryi ciepłota dochodziła do 41°C., a w połyku znajdowały się znaczne zniszczenia. Po zastósowaniu środka w mowie będącego nastąpiły wypróżnienia kalomelowe, niebawem nastąpiło téż nieznośne parcie w połyku, błony zaś dyfteryjne zaczęły znikać; poprzestał więc na sześciu zadmuchiwaniach dla powstałego ślinotoku, który pokonywał chlorkiem potasowym. Chwali zaś środek swój, ponieważ tenże zastępuje mu sublimat polecony przez Kocha jako jedyny środek, mogący nawet w słabych roczczynach zniszczyć prątki dyfteryjne i nie prędzéj porzuci go kol. K., dopóki który z kolegów czegoś lepszego nie poleci.

Zabrali jeszcze głos koll. Stan, Kapuściński, Zielewicz, zaczepiając głównie użycie rozpylacza, którym łatwo zarazę przenosić można na inne osoby, a kol. Krzyżagórski zapytuje nadto, jak kalomel zadmuchiwany może wywoływać wypróżnienia, skoro się zamienia na sublimat, o którym wiemy, że tylko we większych dawkach, a mianowicie trujących, sprawia obfite wypróżnienia, co kol. Koszutski w ten tłumaczy sposób, że przez maleńką ilość soli zawartéj we wodzie użytéj do poprzedniego płukania, mała téż tylko cząstka zadmuchanego kalomelu przemienia się na dwuchlorek, podczas gdy reszta dostawszy się do dróg pokarmowych rozwija tamże dalsze działanie.

3) Kol. Zielewicz i Osowicki dla spóźnionéj pory zrzekli się wygłoszenia swoich odczytów przyrzekając zachować takowe dla przyszłego posiedzenia.

4) Sekretarz odczytuje list kol. Wlazłowskiego, w którym tenże, uniewinniając się, że na posiedzenie przybyć nie może, czyni piśmienny wniosek: ażeby do każdego członka dwa tygodnie przed Walném zebraniem wysłano wraz z zaproszeniem formularze z zapytaniami, jakie który miał choroby zakaźne, jakie było tychże leczenie i jakie wyniki leczenia? Ponieważ urzeczywistnienie tego, zresztą chwalebnego, życzenia w stosunkach miejscowych nazbyt wiele napotkałoby przeszkód, przeto wniosek kol. Wlazłowskiego w głosowaniu większością głosów odrzucono.

O godzinie $8^3/_4$ posiedzenie zamknięto.

Dr. B. Wicherkiewicz.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

W sprawozdaniu stenograficzném z posiedzenia Tow. lek. krak. z d. 6 Lutego 1884 r., umieszczoném w poprzednim numerze Przeglądu Lek., z przyczyn niezależnych od kolegów sekretarzy i redakcyi, okazały się braki i przekręcenia wyrazów zmieniające zdanie wypowiedziane przez kol. Marsa i Paszkowskiego, — dla tego podajemy sprostowanie, w którém dla ułatwienia czytelnikowi powtarzamy przemówienia kol. Marsa i Paszkowskiego, jak opiewały:

Kol. Mars nawięzując do poprzedzającéj dyskusyi, zwraca uwagę przedewszystkiém na stanowisko, jakie zająć ma cięcie

probiercze. Dotychczas znając cięcie probiercze z przypadków ginekologicznych uważał je jako operacyję, za pomocą któréj przecinając ścianę brzuszną na długość kilku cm., torujemy sobie sztuczną drogę przez powłoki brzuszne do jamy otrzewnowéj, aby uzupełnić rozpoznanie. Mianowicie tam, gdzie usunięcie guza jest absolutnie wskazane i mamy guz wycinać, a gdzie przy znacznéj ilości płynów nagromadzonych w jamie otrzewny lub innego utrudnienia badania nie znamy jakości obrzęku, albo nie możemy ocenić stosunku do organów sąsiednich, uważa operacyję za wskazaną. Z ostatniego odczytu kol. Schramma dowiedział się, że operacyję tę robi nie tylko w przypadkach chronicznych ale i ostrych. Tu trzeba oznaczenia warunków, trzeba sposób wykonania cięcia probierczego należycie określić, bo czyż może być obojętną rzeczą: czy zrobimy otwór na kilka cm. długi, którym się wprowadza palec lub 2 palce, czy też zrobimy otwór, przez który się wprowadza $^1/_2$ ręki, albo całą rękę do jamy brzusznéj i maca się trzewa z jednéj strony poczynając od okrężnicy zstępującéj, a następnie przechodzi się koło śledziony, wątroby na drugą stronę aż do kiszki ślepéj. W takich warunkach cięcie probiercze nie może być rzeczą obojętną. Zdanie koll. Rosnera i Pieniążka, że nawet w zapaleniu otrzewny uważać można operacyję tę za zbawienną, przedstawia mu się jednostronném. Wreszcie zgadza się tam, gdzie mamy zapalenie otrzewny gnilne, ale nie tam, gdzie mamy albo sprawę miejscowo ograniczoną albo też gdzie zadraźnienie jest świeże, gdzie jest zapalenie włóknikowe, gdzie jest wysięk, ale nie mamy rozkładowych części, o jakich była mowa. W obec łatwości, z jaką u osób cierpiących na miejscowe zapalenie otrzewny, błahe przyczyny jak n. p. kaszel, wymioty, obracanie się nagłe na łóżku, sprowadzają zadraźnienie całéj otrzewny, daléj w obec łatwości, z jaką przechodzi zapalenie otrzewny włóknikowe lub surowicze w ropne, otwarcie jamy brzusznéj uważać musi za operacyję doniosłą, zwłaszcza, że tu antyseptyka nie odnosi tak doniosłego skutku jak w innych dziedzinach chirurgii. Gdzieindziéj operujemy *in continuo*, tam możemy całą przestrzeń desinfekcyjonować, miejsce za miejscem, tutaj desinfekcyja dokładna rany operacyjnéj i najbliższego sąsiedztwa jest tylko możebną, ale nie całéj jamy brzucha i wszystkich zaułków otrzewny, które się przecież stykają z powietrzem. Nie możemy więc otwierając jamę brzuszną działać dokładnie antyseptycznie. Postępy więc, jakie chirurgija zrobiła przez dzisiejsze środki opatrunkowe, nie mogą się w całéj pełni odnieść do laparotomii a więc i do cięcia probierczego. W zapaleniu otrzewny cięcie to będzie miało przy tém znaczenie drażnienia mechanicznego. W obec znanych mu przypadków, gdzie przy operacyi znaleziono przyczepiny znaczne, po przecięciu których, gdy dalsze wykonanie operacyi okazało się niemożliwém i chora się skrwawiła, daléj w obec znanych mu przypadków, gdzie śmierć nagle podczas operacyi nastąpiła i w obec przyczyn wyżéj wymienionych nie może się zgodzić na zdanie kol. Mikulicza, który przy dzisiejszém postępowaniu antyseptycznem uważa operacyję za bardzo łagodną. Mars uważać ją musi za ważną i doniosłą, dlatego żąda: 1) dokładnéj definicyi cięcia probierczego, dokładnego określenia, czém ono jest, 2) podania dokładnych wskazań. Boć jeśli mamy wskazania do kateteryzowania chorego i nie powiadamy, ażeby to było rzeczą błahą, potrzeba ażeby i dla téj operacyi były pewne wskazania, kiedy ją robić należy. Jest to zapewne rzeczą trudną, dlatego żąda na dziś podania wskazań chociaż o tyle, o ile to jest możliwe. Podnosi wreszcie trzecią kwestyję, tj. stronę moralną cięcia probierczego, czy z operacyi téj cieszyć się powinniśmy lub nie, czy ją uważać za postęp chirurgii, czy jest to *malum necessarium*, którém nasze braki pokrywamy. A z téj kwestyi rodzi się druga: Kto ma wykonywać taką operacyję, czy ona może być oddaną w rękę każdemu lekarzowi lub nie. Czy np. on sam do noża gorący, zachęcony przemówieniem poprzedników, będzie się mógł łatwo kwapić do otwarcia jamy brzusznéj. Chodzi mu więc o rozstrzygnięcie kwestyi, jakie stanowisko zająć mają lekarze w obec téj operacyi.

Kol. Paszkowski: Punkt wyjścia całéj dyskusyi był ten, aby podać wskazania do laparotomii przy niedrożności jelit i czas, kiedy takowa ma być uskuteczniana; by podać dokładne wskazania do laparotomii w téj chorobie, potrzeba najpierw rozpoznać niedrożność i przynajmniéj ogólnie siedzibę okluzyi oznaczyć i jéj rodzaj o tyle, czy możebném jest jéj usunięcie nie krwawym rękoczynem.

Rozpoznanie niedrożności jest bardzo trudném. Chciałbym pod tym względem kilka praktycznych podać uwag z własnego doświadczenia zebranych. Powtarzam, że zapad powszechnie uważany jako pochodzący li tylko z niedrożności, po największéj części pochodzi z istniejącego już zapalenia otrzewny. Znam przypadki, gdzie bardzo wybitne były przypady niedrożności jelita a mimo to zapadu przez względnie bardzo długi czas nie było, i przytoczyłem panom przypadek z kliniki prof. Korczyńskiego, gdzie po ośmiu dniach niedrożności chory został wyleczony przez zastosowanie prądu elektrycznego, ale przez cały przeciąg czasu zapadu nie było; dla tego mówiłem na przeszłém posiedzeniu, by ten szczegół obserwować dokładnie przy nadarzającéj się sposobności, bo zdaje mi się, dotychczas nie zwrócono należycie na to uwagi. Druga jest kwestyja, czy istnieje zapalenie otrzewny, czy nie. To jest ważna kwestyja dla chirurga, bo ona pogarsza o wiele rokowanie. Ale rozpoznanie istniejącego zapalenia otrzewny jest bardzo trudne, a nawet pomieszać te dwie sprawy można, pomylić się można, czy jest zapalenie otrzewny samo, czy w skutek niedrożności i każdy z panów, którzy pod tym względem mają dużo materyjału, przyzna i powszechnie rzeczą jest wiadomą, że tu często były pomyłki. Przypominam tylko Dra Kułakowskiego, u którego w 8 dniu choroby byliśmy razem 5 czy 6 kolegów, przy badaniu wszyscy powiedzieli, że nie ma zapalenia otrzewny, w kilka godzin wykonano laparotomiję i okazało się zapalenie otrzewny ropne.

A więc sądzę, że do laparotomii przy niedrożności wtedy tylko będą dane pewne wskazania co do czasu operacyi jak również wskazówki co do jéj szans, jeżeli będziemy mogli rozpoznać na pewne niedrożność i jéj rodzaj a zarazem orzec, czy istnieje już zapalenie otrzewny czyli nie. Dopóki pierwsze nie nastąpi, drugie jest niemożebném.

Dążyć więc trzeba wszelkiemi siłami do tego; tu chirurg równie jak i terapeuta ma obszerne pole działania; chirurg ma nawet częściéj sposobność porównania objawów ze zmianami patologicznemi, o ile że robiąc niemal sekcyję widzi te zmiany. Przez porównywanie ścisłe objawów ze zmianami patologicznemi wytwarza się symptomatologija dokładniejsza i zbliża się do tém pewniejszego rozpoznania w następnych przypadkach.

Sekcyja rzeszowska Tow. lek. gal.

Posiedzenie doroczne administracyjne z d. 12 stycznia 1884 r.

Przewodniczący kol. Barzycki. Członków obecnych 19.

Po odczytaniu protokołu sekretarz odczytał sprawozdanie z ilości członków i czynności sekcyi. Sekcyja rzeszowska z początkiem r. 1883 liczyła 25 członków. W. r. 1883 przybyło 2 nowych, umarł zaś 1 (kol. Ebersohn), przesiedliło się 2ch, wykreślono 1 z powodu niepłacenia wkładek. Z początkiem 1884 liczy sekcyja 23 członków. W r. 1883 odbyło się 5 posiedzeń sekcyi, na których pod względem administracyjnym:

1) uchwalono, aby delegat na walném Zgromadzeniu wniósł obmyślenie kroków odpowiednich, iżby lekarze sądowi za czynności sądowolekarskie, które nie z ich winy do skutku nie przyjdą, do których jednak stawili się, wynagrodzenie otrzymywali; 2) wydano opiniję, iż miasteczko Czudec nieposiada warunków do otwarcia w niém nowéj apteki; 3) sprzeciwiono się wnioskom zmiany statutu.

2) pod względem naukowym:

a) kol. Schneeder przedstawił ciekawy okaz fibrosarkoma wyłuszczonego z okolicy stawu łokciowego; *b)* kol. Barzycki podał przypadek zapalenia opłucny po urazowém zapaleniu kręgów;

c) koll. Bandrowski i Niesiołowski przypadek płonicy, która u chorego wystąpiła w kilka dni po przebytéj orze;

d) kol. Kramarzyński przedstawił chorego z rozległemi wrzodami kiłowemi w jamie ust i krtani i naciekiem płuc prawdopodobnie gruźliczym;

e) Tenże miał odczyt, zalecony przez zgromadzonych do druku, treści następującéj: rozstrzygnąć na podstawie szkicu choroby, czy ostatnią jako owrzodzenie kiszek, czytéż jako plamicę krwotoczną uważać należy.

3) Omówiono sprawę narad lekarskich nad chorymi mających się odbywać na posiedzeniach sekcyi.

4) Gospodarz kol. Niesiołowski złożył rachunek, z którego okazuje się, że sekcyja posiada 39 złr. 2 ct.

5) Polecono delegatowi na Walne zgromadzenie, aby zabrał głos w sprawie § 22, 35, 51 i 55 projektowanego statutu. Na resztę zmian się zgodzono.

6) Wybrano jednogłośnie na r. 1884 kol. Barzyckiego przewodniczącym sekcyi; kol. Bielańskiego zastępcą; kol. Rottera sekretarzem; koll. Bandrowskiego i Janochę członkami bióra: kol. Barzyckiego delegatem; kol. Zagórskiego zastępcą delegata.

Rotter, sekretarz. *Dr. J. Barzycki*, przew. sekcyi.

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Ω Piąte sprawozdanie Komisyi niemieckiéj wysłanéj dla zbadania cholery pod przewodnictwem Dra Kocha pochodzi z Kalkuty i nosi datę 7 stycznia. Komisyja znalazła szczególniejsze poparcie we wszystkich swych czynnościach od władz miejscowych. Dotąd wykonano 9 sekcyj na zwłokach cholerycznych i robiono badania na 8 chorych na cholerę. Badanie drobnowidowe wykazało we wszystkich przypadkach owe mikroorganizmy, na które komisyja już w Egipcie w swoim czasie uwagę zwróciła. Nie można jednak było wtedy rozstrzygnąć stanowczo patogenetycznego znaczenia tych mikroorganizmów. W szczególności Dr. Koch nie mógł wykluczyć twierdzenia, czy owe mikroorganizmy nie stoją na równi z licznemi pasorzytami téj saméj natury, znajdującemi się stale w przewodzie pokarmowym. Również trudno i temu było zaprzeczyć, że może mikroorganizmy te rozwijają się na błonie śluzowéj chorobowo zmienionéj, jako na glebie żyznéj dla siebie, i że dla tego może nie mają żadnego patogenetycznego znaczenia. Obecnie udało się Komisyi przez hodowlę tych podejrzanych grzybków przyjść do przekonania, że one tak pod względem morfologicznym jak i rozwojowym, wreszcie pod względem niektórych szczególniejszych własności, zupełnie się wyróżniają od tworów pasorzytowych stale w jelitach napotykanych. Rozchodziło się teraz o rozstrzygnięcie pytania, czy owe grzybki znajdują się tylko u cholerycznych, czyteż na równi z innemi organizmami drobnowidowemi stale w jelitach i wydzielinach ludzi innych. Otóż badanie wykazało ich stałą obecność w wymiocinach cholerycznych, jakotéż w treści kiszek osób zmarłych z cholery, nigdy ich jednak nie znaleziono w treści kiszek osób zmarłych z innych chorób. Jeżeli dalsze badania te odkrycia potwierdzą, będzie to bardzo ważny przyczynek do rozpoczętych poszukiwań. W tym razie bowiem niezaprzeczenie musi zachodzić pewien związek między stałém znajdowaniem się owych grzybków a objawami cholery, nawet choćby się próby szczepienia na zwierzęta nie powiodły. Ale i pod tym ostatnim względem ostatnie doświadczenia Komisyi każą dobrze rokować.

Daléj Komisyja zajmowała się śledzeniem ciekawych przyczyn, z powodu których cholera stale się utrzymuje w Indyjach, a szczególniéj w Kalkucie. W Kalkucie śmiertelność znaczna z cholery była stałą. Od r. 1870 poczęła ona się znacznie zmniejszać. W r. 1870 wynosiła jeszcze rocznie 10·1 na 1000 mieszkańców. Od r. 1870 zmniejszyła się trzechkrotnie. Miejscowi lekarze przypisują to zaprowadzeniu w wzmiankowanym roku wodociągów. Komisyja zwróciła się więc ze szczególniejszą skrzętnością ku badaniu wodociągów, wody i kanałów pod względem higijenicznym. Wodę prowadzoną wodociągami znaleziono odpowiadającą wymogom higijeny.

Ponieważ Koch dowiedział się z dzienników, że Komisyja francuska upatruje właściwych przyczyn cholery w organizmach, jakie się we krwi cholerycznych znajdują, poczuwa się więc w końcu sprawozdania do obowiązku wypowiedzieć w téj kwestyi swoje zdanie. Zdaniem jego, twory te odpowiadają według opisu francuskich badaczy okrągłym, bladym tworom krwi *(Blutplättchen)*, o których znajdowaniu się u cholerycznych wspomina już w r. 1872 D. D. Cuningham w piśmie swojém *Microscopical and physiological researches into the nature of the agent producing cholera*, i których podaje obrazy dość dobre. Twory te w krwi występują również w znacznéj ilości w niektórych gorączkowych chorobach, np. w durze plamistym, zapaleniu płuc itd., Koch więc uważa je jako ciała niestojące w bezpośrednim związku z przyczynami wywołującemi cholerę.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 3—9 lutego umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 31,2. Z ospy umarło 10 (5 z. t.); z odry 0 (1 z. t.); z płonicy 1 (0 z. t.); z błonicy 0 (2 z. t); z duru brzusznego 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 9 przypadkach ospy, 1 ospianki, 4 odry, 3 krztuśca, 1 błonicy. W tygodniu od 27 stycznia do 2 lutego umarła w Londynie 1 osoba z ospy, leczyło się w szpitalach 115, świeżo zapadło 30. W Budapeszcie, Granadzie, Lizbonie i Aleksandryi umarło po 1, w Paryżu i Nowym Orleanie po 2, w Wiedniu, Brukseli, Liverpolu i Petersburgu po 3, w Warszawie i Madrycie po 4, w Birminghamie i Murcyi po 7, w Maladze 13, w Pradze 34, w Rio de Janeiro 47. Odra panuje w Wiedniu, błonica w Amsterdamie. Z duru osutkowego umarło w Warszawie, Madrycie, Maladze, Murcyi i Saragosie po 1, w Petersburgu 2. W Rio de Janeiro umarło z febry żółtéj od 1—15 listopada 3. W Bombayu umarło od 25 listopada do 1 grudnia z. r. 22 z cholery.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 27 stycznia do 2 lutego umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 36,4; w Warszawie 31,1; w Poznaniu 27,1; w Wiedniu 23,3; w Budapeszcie 30,0; w Pradze 40,0; w Berlinie 22,9; we Wrocławiu 29,8; w Hamburgu 24,0; w Gdańsku 30,9; w Mnichowie 30,5; w Dreźnie 30,6; w Lipsku 22,4; w Bazylei 18,6; w Brukseli 24,1; w Amsterdamie 29,1; w Hadze 21,4; w Paryżu 25,4; w Londynie 20,7; w Kopenhadze 22,2; w Stokholmie 25,5; w Chrystyjanii 25,6; w Petersburgu 39,9; w Odesie 27,9; w Rzymie 28,0; w Wenecyi 32,0; w Bukareszcie 31,2; w Madrycie 44,8; w Lizbonie 33,6; w Aleksandryi 31,9; w Nowym Jorku 23,4; w Filadelfii 22,6; w Rio de Janeiro 42,4; w Bombayu 26,8." *J. B.*

Śmiertelność we Lwowie. W tygodniu od 27 stycznia do 2 lutego r. b. zmarło we Lwowie (liczącym 115.544 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.) 61 osób, co odpowiada 27·5 na rok i 1000 m. W tym czasie zmarła 1 osoba z dyfteryi, 4 z dławca, 1 z duru brzusznego.

W tygodniu od 3 do 9 lutego r. b. zmarło 85 osób, co odpowiada 38·3 na rok i 1000 mieszkańców. W tym czasie zmarła 1 osoba z ospy, 1 z płonicy, 4 z dyfteryi, 2 z dławca, 2 z duru brzusznego.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 21 lutego. Na wczorajszém nader licznie odwidzaném, posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego, po załatwieniu spraw administracyjnych kol. Pieniążek przedstawił 4 chorych ze zwężeniem krtani, leczonych za pomocą wprowadzania wałeczków cynowych Schröttera i okazał sposób wprowadzania tych wałeczków. Następnie kol. Trzebicky przedstawił chłopca operowanego w klinice prof. Mikulicza z powodu wypadnięcia odbytnicy. Wreszcie kol. Schramm przedstawił chorego, na którym wykonano faryngotomiję.

* Prof. Mikulicz, wezwany do Warszawy, wykonał tamże d. 10 b. m. wobec koll. Gliszczyńskiego, Heringa, Konitza, Kosińskiego i Matlakowskiego przy asystencyi Dra Schramma owaryjotomiję na osobie wiekowéj. Przebieg dotychczasowy po operacyi jest tak pomyślny, że o wyzdrowieniu choréj wątpić już nie można. Przyjęcie, którego prof. Mikulicz doznał ze strony kolegów warszawskich, było nader serdeczne.

* Do ostatniego Nru Časop. lek. česk. załączono sprawozdanie z czynności Spolka lek. česk. za r. 1883. Ze sprawozdania tego dowiadujemy się, że w roku ubiegłym przybył Towarzystwu jeden członek honorowy (prof. Szokalski w Warszawie), 8 czynnych i 3 koresp.; w liczbie czynnych spotykamy się z nazwiskami nowomianowanych profesorów Horbaczewskiego i Spiny. Umarło 7 członków korespondentów. Z końcem roku Towarzystwo liczyło członków 413, a mianowicie honorowych 14, czynnych 102, korespondentów 297. Pomiędzy członkami korespondentami znajdujemy nazwiska: prof. Alberta, Chvo-

stka i Hofmanna we Wiedniu, Dobrzyckiego w Warszawie, docenta Drozdy i asystenta Ehrmanna we Wiedniu, Henriqueza w Filadelfii, Janiszewskiego w Lublinie, prof. Jirusa w Zagrzebiu, Krasińskiego w Warszawie, Krajewskiego w Cieplicach, Kusego, referenta spraw lek. w Bernie, asystenta Maydla w Wiedniu, Neugebauera w Warszawie, Skowrońskiego w Tarnowie, Talki w Warszawie, lekarza pułkowego Webera w Krakowie itd.

* Kol. Dr. Roman Sopiński, lekarz obwodowy w Bihaću donosi nam co następuje:

„W Krupie, miasteczku powiatowém w Bośnii, 30 kilom. od stacyi kolei żelaznéj Novi oddaloném, jest do obsadzenia posada lekarza gminnego z roczną płacą 1.200 złr. w. a.

Oprócz tego może lekarz liczyć na pewne dochody z komisyj sądowych, politycznych i z apteczki domowéj. Wymaganym jest stopień Dra medycyny i znajomość któregokolwiek z języków sławiańskich. Podania wnieść należy w języku niemieckim po dzień 15 marca 1884: *„An das löbliche Bezirks-Amt in bosnisch Krupa.“*

* *Przewodnika gimnastycznego* (organu Towarzystwa gimn. „Sokoł“ we Lwowie) Nr. 2 z lutego rb. opuścił prasę. Treść: Etyczne zadanie nauki gimnastyki. — Zarys ćwiczeń na skoczni (c. d.)—Głosy dziennikarstwa naszego o gimnastyce.—Kronika.—Biblijografija.

* **Rosyja.** Prof. chirurgii w Akademii wojskowo-lekarskiéj w Petersburgu, Dr. Bogdanowski, obchodził w styczniu 25-letni jubileusz zawodu nauczycielskiego.— Na Kaukazie skazany został szarlatan Turmanidse na zesłanie na Sybir z powodu spędzenia płodu, wywołanego u księżnéj Eristowéj a zakończonego śmiercią księżny. — Wydział lekarski w Dorpacie liczy obecnie 652 uczniów medycyny i 113 farmaceutów. — W Rydze Dr. Holst założył lecznicę dla chorób nerwowych. (*St. Petersb. med. Woch.* Nr. 4).

* **Wiadomości uniwersyteckie. Paryż.** Dr. Tarnier mianowany został profesorem ginekologii, Dr. Ogier przełożonym pracowni chemicznéj a Dr. Vibert przełożonym pracowni patologiczno-anatomicznéj w trupni *(morgue)*.

* **Odznaczenie.** Podczas dorocznéj uroczystości koronacyjnéj Cesarza niemieckiego odznaczeni głównie zostali profesorowie Uniwersytetu strasburskiego, a mianowicie otrzymali ordery proff. Hoppe-Seyler, Recklingshausen, Jolly, Laqueur, Nissen i Kussmaul w Strasburgu, oraz prof. Pflüger w Bonnie.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 7: Adamkiewicza: O ucisku mózgu; Wisłockiego: Dwa przypadki wrodzonego zarośnięcia pochwy u rodzących — W *Medycynie* Nr. 7: Tymowskiego: Przyczynek do leczenia gruźlicy.

Redakcyja otrzymała:

Prof. Dr. H. KNAPP (w N. Yorku): Methods of medical instruction. (Osobne odbicie z *The Medical Record* 6 października 1883) in 8vo str. 23. (Jestto wykład wstępny miany d. 2 października 1883 r. przy rozpoczęciu wykładów w Wydziale lek. Uniw. nowoyorskiego przez słynnego oftalmologa, który poprzednio był profesorem w Heidelbergu a od lat kilkunastu osiadł w N. Yorku jako prof. tegoż przedmiotu i chirurg zakładu okulistyczno otyjatrycznego).

WECKER et MASSELON: Kératoscopie clinique, Paris 1884, in 8vo str. 12.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolki, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 1 marca 1884. № 9. Rok XXIII.

I. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

Przyczynki do Chirurgii.

XII.

Pierwotny rak cewki moczowéj.

Podał Dr. Rudolf Trzebicky,
asystent tejże kliniki.

Nowotwory cewki moczowéj nie należą bezwarunkowo do chorób zbyt częstych; najczęściéj stosunkowo można tu jeszcze obserwować, jak twierdzą autorowie, nowotwory natury tkankołącznowéj występujące w formie najrozmaitszych polipów. Przypadki nowotworów rakowych wychodzących z saméj cewki są nadzwyczaj rzadkie, choć zdarza się dość często, że nowotwór wychodzący pierwotnie z części otaczających przechodzi z czasem i na samą cewkę. Ponieważ w przypadku niniejszym bez wątpienia punktem wyjścia raka była sama błona śluzowa cewki, przeto zasługuje on zapewne na ogloszenie.

A. G., mężczyzna, lat 68 liczący, nigdy przedtém nie chorował, rzeżączki nigdy nie przebywał, mocz oddawał zawsze prawidłowo. Przed 10ciu laty spadł ze znacznéj wysokości na drabinę i stłukł sobie przytém dość mocno międzykrocze. Następstwem tego urazu było miernie utrudnione oddawanie moczu. Chory przeciw temu cierpieniu nie stosował żadnych środków, aż w lipcu 1883 r. zwężenie cewki doszło do znacznego stopnia i rozwinął się dość rozległy naciek ropny w międzykroczu i mosznach. Groźna ta sprawa, któréj towarzyszyła wysoka gorączka, przeszła względnie pomyślnie, ale pozostawila jednak przetokę u nasady moszen po stronie przedniéj, przez którą odtąd stale odpływał mocz. Odtąd prawie co 14 dni tworzył się wśród wybitnych dreszczów na międzykroczu nowy naciek ropny, który jednak zawsze ustępował po niejakim czasie nie pozostawiając żadnych następstw. Krwotoków z cewki (wyjąwszy bezpośrednio po wyż wspomnianém uderzeniu) nie było nigdy. Lekarz jeszcze w lipcu usiłował przeprowadzić kateter przez otwór zewnętrzny cewki do pęcherza, co mu się jednak mimo wszelkich usiłowań nie udało, podczas gdy przez przetokę mógł bardzo łatwo wepchać cewnik elastyczny aż do pęcherza.

Dnia 16 listopada z. r. zgłosił się chory do prof. Mikulicza po radę i został przyjęty do domu zdrowia Dra Gwiazdomorskiego w następującym stanie. Mężczyzna dobrze odżywiony; organa wewnętrzne zupełnie prawidłowe. Prącie całe mocno obrzmiałe, obrzękłe, skóra na niém napięta, ciemno-sinawa, miejscami połyskująca. U nasady prącia na granicy pomiędzy témże a przednią ścianą moszen przetoka wielkości półcenta, o brzegach wywiniętych wysłanych granulacyjami blado-różowemi, łatwo przy dotknięciu krwawiącemi. Przez przetokę tę wprowadzony zgłębnik wchodzi do jamy wielkości, ile sądzić było można, jaja kurzego; do pęcherza jednak przedostać się tą drogą nie można. I przez zewnętrzny otwór cewki wprowadzony zgłębnik nie wchodzi do pęcherza, gdyż natrafia na przeszkodę w części jamistéj. Na międzykroczu części miękkie prawidłowe. Worek mosznowy w całości obrzmiały zwłaszcza u nasady, gdzie obok wyż wspomnianéj przetoki znajduje się jeszcze kilka mniejszych wiodących również w głąb do owéj jamy; jądra i przyjądrza prawidłowe, nie bolesne. Przez przetokę zarówno jak i przez ujście zewnętrzne cewki odpływa mocz bardzo słabo kwaśny, po odstaniu mocno mętniejący, zawierający znaczną ilość śluzu, przybłonków brukowych w dużych płatach i ślad białka. Gruczoły limfatyczne w pachwinach wcale nie obrzmiałe.

W obec tego stanu prof. Mikulicz rozpoznawszy zwężenie bliznowate cewki moczowéj postanowił wykonać uretrotomiję zewnętrzną.

Po należytém oczyszczeniu pola operacyjnego rozszerzył naprzód zewnętrzny otwór przetoki za pomocą noża ku dołowi wzdłuż przedniéj ściany moszen na długość 1—1½

cm. Po rozwarciu brzegów rany za pomocą haczyków przedstawiała się jama wielkości jaja kurzego wyścielona ze wszech stron wiotką tkanką granulacyjną. Wałek jamisty cewki moczowéj stanowiący w têm miejscu po znacznéj części sklepienie owéj jamy, był tu mocno zgrubiały twardy, koloru białawo-żółtego, o powierzchni nierównéj, jak gdyby drobnym piaskiem posypanéj; z wejrzenia przypominała ta część ciała jamistego najbardziéj przekrój raka wargi dolnéj. Po dokładném szukaniu można było wykazać wśród tej masy zbitéj na saméj granicy części opuszkowéj otwór o brzegach również twardych, nierównych, przedstawiający koniec przetoki wiodącéj ze światła cewki moczowéj ku dołowi do owéj jamy. W obec tego stanu ciała jamistego prof. Mikulicz rozpoznawszy nowotwór rakowy postanowił usunąć doszczętnie części podejrzane; przystąpił więc za zgodą rodziny pacyjenta do wyłuszczenia całego prącia W tym celu odsłonił sobie naprzód zdrową zupełnie część cewki moczowéj, poprowadził cięcie od środka spojenia kości łonowych ku grzbietowi prącia, następnie pooddzielał nożyczkami i na tępo ile możności ciała jamiste od reszty tkanek otaczających i odpalił wreszcie cewkę w samym początku części błoniastéj za pomocą termokauteru. Jamę poniżéj prącia w mosznach się znajdującą nie zajętą rakiem tylko wyścieloną granulacyjami wyskrobał łyżeczką Brunsa, w górnéj części rany założył kilka szwów powierzchownych, do cewki włożył cewnik elastyczny i całą jamę wypełnił gazą jodoformową.

Preparat wycięty 13cm. długi obejmował całe prącie i sam początek części błoniastéj cewki. Po przecięciu całéj cewki wzdłuż widać było błonę śluzową ciemno-sinawo zabarwioną; warstwa przybłonka wszędzie była dość gruba. W odległości 10cm. od otworu zewnętrznego znajdował się w dolnéj ścianie cewki ubytek lejkowaty, większy nieco od centa, przez który komunikowała cewka z ową jamą, a przez którą mocz dostawał się na zewnątrz. Brzeg przedni tego ubytku nierówny, mocno zgrubiały i wywinięty, zwężający światło cewki, błona śluzowa w otoczeniu tego brzegu z częściami pod nią położonemi mocno zrośnięta. Od tyłu i od boków stanowiła brzegi zupełnie prawidłowa tkanka. Wałki jamiste prącia zupełnie prawidłowe, wałek zaś cewki tuż przed ową przetoką a więc u nasady części zwieszającéj i w części opuszkowéj mocno zgrubiały w formie guza jednostajnie twardego, szaro-żółtego, wielkości dużego orzecha włoskiego ku dołowi wypuklającego się do jamy wyż opisanéj; powierzchnia tego guza dość gładka zaledwie jakby piaskiem posypana. Guz ten wcale nieznacznie bez ostréj granicy przechodził w zdrową część ciała jamistego.

Na preparatach mikroskopowych, wziętych z samego przedniego brzegu tego ubytku i z guza w ciele jamistém barwionych pikrokarminem, wśród blado różowo zabarwionéj zbitéj tkanki łącznéj włóknistéj, gdzieniegdzie zawierającéj wrzecionowate komórki, włókna sprężyste, pęczki przeciętych mięśni i światła naczyń krwionośnych widać kolumny luźno obok siebie ułożonych komórek wielkich, ciemno-czerwonych. Komórki te przeważnie kształtu okrągłego, rzadko tylko wieloboczne, o wyraźném wszędzie jądrze leżą w tych kolumnach zupełnie wolno jedna obok drugiéj: nie widać nigdzie żadnéj istoty łącznéj międzykomórkowéj. Każda taka kolumna wychodząca od błony śluzowéj w głąb otoczona do koła tkanką łączną, na przekrojach poprzecznych obraz był podobny, jak gdyby w wolne oczka tkanki łącznéj luźno były włożone komórki przybłonkowe.

Co do dalszego przebiegu po operacyi, to muszę tu tylko nadmienić, że stan chorego przez pierwsze dwa tygodnie był zupełnie zadowalający, chory nie gorączkował, a rana pokryta zdrowemi granulacyjami goiła się zupełnie aseptycznie. 3go grudnia chory począł nieco gorączkować, gorączka w następnych dniach przekroczyła nawet 39°, przytém utrzymywała się przez jakiś czas ciągła śpiączka i brak apetytu. Przyczyną tego zaburzenia było zapalenie lewego przyjądrza (najprawdopodobniéj wywołane przez zapalenie cewki moczowéj w następstwie stale leżącego w cewce kateteru). Po usunięciu kateteru gorączka opadła na kilka dni, podniosła się potem i na nowo ustąpiła dopiero po otworzeniu ropnia w lewéj połowie moszen. Ropień ten goił się bardzo wolno, wymagał założenia przeciwotworu, ale wreszcie wygoił się nie wpłynąwszy wcale szkodliwie na zagojenie się rany po pierwotnéj operacyi. Chory po usunięciu kateteru oddawał mocz sam bez tegoż i dopiero od końca grudnia wprowadzał go sobie tylko 2—3 razy na dzień na jakiś czas w celu zapobiegnięcia zwężeniu cewki w otworze zewnętrznym. W ostatnich dniach stycznia rb. udał się chory zupełnie wyleczony z raną bardzo małą czysto zupełnie granulującą do domu.

Przypadek ten, jak już na wstępie powiedziałem, należy bezwarunkowo do rzadszych. Badanie drobnowidowe wykazało niewątpliwie nowotwór przybłonkowy wychodzący od błony śluzowéj cewki, najprawdopodobniéj od gruczołów śluzowych, i zajmujący następowo znaczną część ciała jamistego. Nowotwory zaś tego rodzaju należą do wyjątków, jak o têm świadczy już ta okoliczność, że w dostępnéj mi literaturze mogłem znaleść zaledwie kilka podobnych przypadków. Co więcéj podręczniki traktujące o chorobach cewki moczowéj albo pomijają ten nowotwór zupełnie milczeniem, przecząc têm samém jego istnieniu w cewce moczowéj, albo tylko nawiasowo wspominają, że rak wychodzący z części sąsiednich może z czasem przejść i na samą cewkę. I tak Rokitansky (*Lehrbuch d. path. Anatomie* T. III. str. 380) twierdzi, że nowotwór przybłonkowy żołędzi lub pęcherza, u kobiet nowotwór pochwy i macicy z czasem może następowo pojawić się w saméj błonie śluzowéj cewki w formie drobnych, szarawych guziczków. Birch-Hirschfeld (*Lehrbuch d. path. Anatomie* T. II, str. 1080) zaś wyraźnie mówi, że pierwotny rak cewki moczowéj u mężczyzn prawdopodobnie wcale się nie zdarza, choć nie przeczy, że u kobiet tam pierwotnie się umiejscawia. Ziegler (*Lehrbuch d. allg. u. spec. pathol. Anat.* II cz. str. 804) jest mniéj więcéj tego samego zdania twierdząc, że nowotwory złośliwe występują w cewce pierwotnie tylko u kobiet, u mężczyzn zaś dopiero następowo w skutek schorzenia żołędzi lub gruczołu krokowego. Pitha (*Krankheiten d. männl. Geschlechtsorgane*, Erlangen 1864) i Bardeleben (*Lehrbuch d. Chirurgie u. Operationslehre*) wcale nie wspominają osobno o raku cewki moczowéj, Dittel (*Stricturen der Harnröhre* w *Deutsche Chirurgie* str. 207) tylko mimochodem kilka słów téj chorobie poświęca nie rozróżniając raka pierwotnego od następowego zajęcia cewki przez nowotwór a Albert (*Lehrb. d. Chir.* 1sze wydanie T. IV, str. 265) przytacza tylko jeden przypadek obserwowany przez Billrotha i jeden ze swéj własnéj obserwacyi. (Dok. n.)

II. O leczeniu oderwania siatkówki i jego wynikach w klinice okulistycznéj Uniw. Jagiell.

Skreślił prof. Dr. Rydel.

(Dokończenie. Patrz Nr. 6).

Przypadek IX. Mina L. 29 l. w., żona kupca z Tarnopola, przyjęta 22go marca 1882, widziała dobrze w pobliżu, a rzekomo i w dal. Przed trzema tygodniami uderzyło ją dziecko w oko lewe, poczém zauważała tylko latanie płatka przed tém okiem. Dopiero przed 8 dniami spostrzegła przypadkowo, że tém okiem bardzo źle widzi. Prócz lekkiego rozszerzenia i leniwszego oddziaływania źrenicy lewéj nie ma żadnych zmian w częściach okiem gołém widzialnych. Ciałko szklane o. l. czyste; w oddaleniu dwóch średnic tarczy od jéj dolnego brzegu rozpoczyna się oderwanie siatkówki, miernie zaćmionéj, sięgające aż do samego dolnego obwodu. O. pr. z — 1DV$^6/_6$; o. l. tylko palce na 1·5, z—1·5D na 2·0, N° 20 Jg. Pole widzenia oznaczone perimetrem ma w południku pionowym: ku górze 10°, ku górze zewnątrz (południk 40°) 10°, ku górze wewnątrz (południk 40°) 12°; w południku poziomym: ku wewnątrz 37°, ku zewnątrz 39°. Z powodu zatkania stolca woda gorzka, opaska uciskowa. 23 marca rozpoczęto wstrzykiwania pilokarpinu. Do 22 kwietnia wstrzyknięto 15 razy. Przez cały ten czas stosowano opaskę uciskową, a chora leżała po większéj części wznak. Pomijając szczegółowe zapiski, wykazujące stopniowe polepszanie się tak widzenia naośnego jak stanu pola widzenia, nadmienię tylko, że w dniu 22 kwietnia oko l. miało V$^6/_{60}$, Nr. 12 Jg. Chora nie zgodziła się na dalsze wstrzykiwania, stosowano więc daléj tylko opaskę, zalecono spokojne leżenie i podawano wodę gorzką. Kiedy chora w dniu 1 maja opuszczała klinikę, miała o. l. z — 1·5 D V$^6/_{36}$, czytała Nr. 6 Jg. łatwo; pole widzenia miało w południku pionowym: ku górze 36° (dawniéj 10°); ku górze zewnątrz (południk 40°) 40° (dawniéj 10°), ku górze wewnątrz (południk 40°) 37° (dawniéj 12°); w południku poziomym ku wewnątrz 60° (dawniéj 37°), ku zewnątrz 50° (dawniéj 39°). Oderwanie siatkówki znacznie przypłaszczone i zmniejszone co do rozległości.

Przypadek X. Ksiądz Wawrzyniec P. 32 l. w., kapelan wojskowy z Przemyśla, przyjęty 12 października 1882. Miał zawsze wzrok dobry. Dwa tygodnie przed wstąpieniem do kliniki natężył się mocno, pomagając wydobyć powóz uwięzgły w błocie. Zaraz potém spostrzegł, że okiem lewém widzi gorzéj, przed tygodniem zaś, że mu to oko zasłania od góry, a przedmioty wydają się mniejsze i pokrzywione. Badanie zewnętrzne nie wykazało żadnych zmian chorobowych, badanie wziernikowe środki łamiące w obu oczach czyste, w oku lewém ku dołowi zewnątrz płaskie oderwanie około $^1/_4$ siatkówki, niebieskawo-biało zaćmionéj, na pół przeźroczystéj, falującéj lekko przy ruchach oka. O. pr. V$^6/_{12}$, z + 1D V$^6/_6$ nie całe, Nr. 1 Jg. na 0·35. O. l. liczy tylko palce na 5·0, czyta Nr. 10 Jg. trochę trudno, z + 1D biegléj; pole widzenie nie ścieśnione, ale ku górze zewnątrz widzi mniéj wyraźnie. 13 października podano wodę gorzką, założono opaskę uciskową, zalecono spokojne leżenie w znak i wstrzyknięto 0·02 pilocarp. muriat., poczém nastąpiły obfite poty i mocne ślinienie. Do 12 listopada wstrzyknięto 18 razy pilokarpin, zawsze po 0·02. W dniu 14 listopada opuszczając klinikę ks. P. czytał ok. l. Nr. 2 Jg. dość biegle, V$^6/_{36}$, a z + 1D$^6/_{21}$; widzenie ku górze wyraźne, oderwanie siatkówki zniknęło bez śladu. Pragnąc dowiedzieć się o dalszych losach tego oka, udałem się w grudniu 1883 do kolegi Dra Cassiny, niegdyś mojego asystenta prywatnego, a obecnie fizyka powiatowego w Przemyślu, z prośbą o zbadanie stanu obecnego. Uprzejmości jego zawdzięczam następujące wiadomości z dnia 18 grudnia 1883 i 12 stycznia b. r. a więc w 14 miesięcy po wystąpieniu ks. P. z kliniki: „Okiem lewém czyta biegle Nr. 2 Jg. na 6 cali, Nr. 1 Jg. trudno na 4“, z + $^1/_{36}$ (=1 D) Nr. 1 Jg. dość biegle na 5“. Na odległość 20 stóp Nr. 50 dawnych tablic Snellena, a więc $^{20}/_{50}$; żadne szkło nie poprawia. Najskrzętniejsze badanie pola widzenia nie wykazało ani przerwy, ani téż mniéj wyraźnego widzenia. Po zapuszczeniu atropinu przekonałem się za pomocą wziernika, że siatkówka nigdzie nie odstaje i nie jest pofałdowaną, lecz okazuje tylko w miejscu dawnego oderwania bardzo lekkie zaćmienie.“ Według dołączonego rysunku zaćmienie to przedstawia się w obrazie odwrotnym jako smuga pozioma, 10 mm. długa a 2 mm. szeroka.

Przypadek XI. Tomasz K. 47 l. w., młynarz z Dobczyc przyjęty 28 października 1882. Dawniéj widział dobrze tak w dal jak i w pobliżu. Przed 12 laty oślepł w ciągu kilku godzin na oko prawe tak, iż pozostało tylko poczucie światła. Od roku spostrzega upośledzenie wzroku oka lewego. W sierpniu 1882 widział go docent Dr. Machek w Dobczycach, rozpoznał zaćmienie w ciałku szklaném i zalecił wcierania szaruchy, których chory zrobił 18 bez skutku. Jadąc dziś do kliniki potknął się na mostku i zaniewidział tak mocno, iż sam chodzić nie może. O. pr. V=0, miększe, źrenica zarośnięta grubą błoną. O. l. w ciałku szklaném liczne i grube męty; badanie dna oka bardzo utrudnione, wykazuje jednak oderwanie siatkówki na całym obwodzie. Palce trzymane ku dołowi— zewnątrz niepewnie na 0·25. 29 października. Wstrzykiwania pilokarpinu po 0·02, opaska uciskowa, leżenie wznak, od czasu do czasu woda gorzka. Do 16 listopada wstrzyknięto 16 razy. Palce na 1·25. KJ. Opuszczając klinikę 2go grudnia liczył o. l. palce na 2·0, siatkówka odstawała mniéj, w ciałku szklaném było nieco mniéj mętów.

Przypadek XII. Antonina G. 21 l. w., służąca zamieszkała w Krakowie, przyjęta 31 października 1882. Wzrok miał być dawniéj dobry. Przed 8 laty zapalenie oka lewego, po którém pozostało pogorszenie wzroku. Odtąd kilkakrotne zapalenia. Przed 6 laty silne zapalenie oka prawego, na które leczył ją znany w mieście partacz lekarski przez trzy miesiące, poczém utraciła nawet poczucie światła. Twardówka tego oka powyżéj rogówki dość mocno rozdęta, łupkowo zabarwiona, rogówka płassza ale przeźroczysta i gładka, komórka głęboka, tęczówka znacznie zanikła, ku górze oderwana, źrenica poprzecznie owalna, soczewka zaćmiona, torebka w środkowéj części kredowato zaćmiona. V=0. O. l. środkowa okrągła plama rogówki o 3 mm. średnicy, komórka głęboka, tęczówka prawidłowa oddziaływa leniwo, w ciałku szklaném jednostajnie zaćmionem ruchome płatki, siatkówka ku górze zewnątrz szaro zaćmiona, oderwana, odstaje lekko. Wzrok zdawna słaby pogorszył się przed trzema dniami tak, iż obecnie poznaje tylko ruchy ręki na 0·50. Dnia 1 listopada pilokarpin, opaska, leżenie wznak. 21 listopada po 8 wstrzyknięciach palce na 1·0, Ner 18 Jg. KJ. 9 grudnia przy wyjściu z kliniki wzrok jak ostatnim razem, ciałko szklane czyściejsze.

Przypadek XIII. Marcin Z. 23 l. w. sitarz z Głogowa, przyjęty 30 grudnia 1882. Widział zawsze bardzo źle. Przed pięciu miesiącami giął drzewo sosnowe i przy tém uczuł, że w oku prawem „coś się stało.“ Od téj chwili wi-

dzi mgłę przed têm okiem, a przedmioty zdają się chwiać i poruszać. Komórki przodkowe głębokie, środki łamiące czyste, ok. pr. T—1. W obu oczach na zewnątrz od tarczy tylny garbiak półksiężycowaty wielkości 6 do 8 tarcz nerwu wzrokowego. W okolicy plamki żółtéj liczne białe plamy, otoczone obwódką barwikową. W ok. pr siatkówka od saméj tarczy aż do dolnego obwodu pola wziernikowego oderwana, dość mocno zaćmiona. O. l. palce na 2·5, litery Ner 19 Jg. O. pr. palce na 1·5, litery Nru 22 Jg. Szkła — 10D poprawiają, ale tylko podmiotowo. Wstrzykiwania pilokarpinu, pierwsze z 0·01, dalsze po 0·02, wzniecają silne poty i ślinienie. Do dnia 12-go stycznia roku 1883 wstrzyknięto ośm razy. Chory nie zgodził się na dalsze wstrzykiwania, które go bardzo osłabiały. Występując 15 stycznia liczył każdém okiem palce na 2·5, oderwanie pozostało bez widocznéj zmiany.

Prócz co dopiero przytoczonych miałem w bieżącem półroczu szkolném jeszcze dwa przypadki, z których jeden dotąd pozostaje w klinice.

P r z y p a d e k XIV. Piotr S. 40 l. w., wyrobnik z Szczepanowa przyjęty 6 czerwca 1883. O. l. obecnie zupełnie zanikłe i zmalałe stracił przed laty. Dniem przed przyjęciem do kliniki upadł, jak się zdaje w stanie nietrzeźwym, niosąc węgle i uderzył się przy têm okiem prawém bardzo silnie o jakiś przedmiot twardy, uczul w téj chwili silny ból i zaniewidział zupełnie. Badanie wykazało: Powieki silnie obrzmiałe, ich skóra równie jak mocno obrzękła spojówka gałkowa krwią podbiegnięte. Twardówka równolegle do górno-wewnętrznego brzegu rogówki a w oddaleniu 3 mm. od niego pęknięta. Rozpęklinę tę, mającą około 9mm. długości pokrywa spojówka, pod którą leży wypadła z oka soczewka. Cała komórka przodkowa krwią zalana, tak iż źrenicy ani tęczówki zupełnie nie widać. Oko miękkie, poczucie światła tylko na 3·0, brak zdolności lokalizowania ku górze zewnątrz. Okłady lodowe, środki przeczyszczające, następnie zaś - J. W kilkanaście dni późniéj wyjęto soczewkę zwichniętą pod spojówkę. Z powodu zamknięcia kliniki w dniu 17 lipca wypuszczono chorego w następującym stanie: Powieki i spojówka prawidłowe, rozpęklina twardówkowa zabliźniona, komórka przodkowa wolna od krwi, bardzo głęboka, w tęczówce ku górze szczelina, sięgająca aż do samego obwodu około 6 mm. szeroka, w ciałku szklaném jeszcze tyle mętów, że dna oka widzieć nie można, poczucie światła na 6·0 z brakiem zdolności lokalizowania ku górze zewnątrz.

W dniu 20 października 1883 przedstawił się P. S. w klinice ruchoméj. Wynik badania części zewnętrznych oka jak w lipcu, w ciałku szklaném jeszcze mierne zaćmienia około $^1/_3$ siatkówki ku dołowi oderwana, szaro zaćmiona, odstaje lekko; z +10D palce na 5·0 Chory prosił tylko o okulary, których mu też udzielono. W dniu 16 listopada przyjęto chorego powtórnie do kliniki stałéj. Na kilka godzin pierwéj uderzył się okiem prawém o róg stołka i zaniewidział natychmiast. Powieki i spojówka gałkowa miernie obrzmiałe i mocno krwią podbiegnięte, cała komórka przodkowa wypełniona wybroczyną; tylko poczucie światła na 5·0. Pod wpływem takiego samego leczenia jak za pierwszym razem wessała się krew z przodkowéj komórki zupełnie, a z ciałka szklanego o tyle, że chory w dniu 21 stycznia b. r. liczył palce na 2·0, a zapomocą wziernika można już było widzieć dno oka i przekonać się o istnieniu oderwania siatkówki w tym samym mniéj więcéj stopniu jak w październiku. Od tego dnia aż do 10 lutego wstrzyknięto pilokarpin 18 razy. Opuszczając klinikę w dniu 17 lutego b. r. P. S. miał z +10D V$^6/_{60}$ i niepewne $^6/_{36}$, z +20D czytał dość dobrze Ner 7 Jg. i słowa 6go; w ciałku szklaném były nieznaczne tylko zaćmienia nitkowate i płatkowate, oderwanie siatkówki zniknęło bez śladu.

P r z y p a d e k XV pozostaje jeszcze w leczeniu, wspomnę więc o nim jak najkróciéj. Dotyczy on 55letniego mężczyzny z M—5·5D., drobnemi ale licznemi zaćmieniami w ciałku szklaném, smugami zanikowemi po przebytem zapaleniu naczyniówki w okolicy równika i oderwaniem około $^1/_4$ siatkówki ku zewnątrz i górze w oku prawém. Lekkie pogorszenie wzroku na miesiąc, nagłe i mocne na cztery dni przed przyjęciem do kliniki w dniu 21go grudnia 1883. Wzrok w dniu przyjęcia palce na 3·0 z—5·5D, Nr. 19 Jg. trudno z książki trzymanéj mocno na zewnątrz. Perimeter wykazuje mierne ścieśnienie pola widzenia ku dołowi wewnątrz. Po zastósowaniu 15 wcierań szaruchy wskazanych z powodu zmian w naczyniówce i 30 wstrzyknięciach piłokarpinu jest obecnie V $^6/_{60}$ gołém okiem, szkła nie poprawiają, w pobliżu Nr. 16 Jg. trudno ale wprost. Oderwanie siatkówki przypłaszczyło się znacznie.

Z zestawienia powyższych przypadków okazuje się, że w 5 z nich uskuteczniono przekłócie twardówki (w jednym dwukrotnie) a w 3 z tych przypadków wstrzykiwano prócz tego pilokarpin, samém zaś wstrzykiwaniem pilokarpinu leczono 10 przypadków.

Na 5 przypadków leczonych przeklóciem twardówki w jednym (I) operacyja pozostała bez skutku, w 2 (II i III) osiągnięto znaczniejsze, w 2 zaś (IV i VII) nieznaczne polepszenie. Zupełne wyleczenie nie nastąpiło ani razu.

Z 13 przypadków, z których w ogólności stósowano pilokarpin w 3 nie było żadnéj poprawy (II, V, VII) w 6 (IV, VI, XI, XII, XIII i XV) mierne, w jednym (IX) bardzo znaczne polepszenie, w 3 wreszcie (VIII, X i XIV) osiągnięto zupełne wyleczenie. W żadnym wprawdzie z tych ostatnich wzrok nie wrócił do stanu prawidłowego, ale ze względu na przyrośnięcie siatkówki, znakomitą poprawę V (w przypadku VIII z $^6/_{60}$ na $^6/_{18}$; w przypadku X z palców na 5·0 na V $^{20}/_{60}$; w przypadku XIV z palców na 2·0 na V$^6/_{36}$? mimo dwukrotnego ciężkiego urazu) i odzyskanie widzenia obocznego uważać je możemy za zupełnie wyleczone przynajmniéj tem samém prawem, jakiém po dokonaniu operacyi zaćmy wszystkie przypadki z V równą lub większą od $^1/_{10}$ zaliczamy do wyników zupełnie pomyślnych. Uczynić to możemy owszem z większém jeszcze prawem, gdyż odzyskanie V=1 po operacyi zaćmy wydarza się niezbyt wyjątkowo, podczas gdy przywrócenia prawidłowéj bystrości wzroku po przyrośnięciu oderwanéj siatkówki dotąd jeszcze w żadnym przypadku nie spostrzegano. Pomyślny wynik leczenia w naszych przypadkach zyskuje tem bardziéj na znaczeniu, że w dwóch z nich, dawniéj leczonych, po upływie roku a względnie 14 miesięcy nie nastąpiło ponowne oderwanie, a wzrok polepszył się nawet znacznie od chwili opuszczenia kliniki.

W obec tak pomyślnych wyników leczenia za pomocą pilokarpinu łatwém jak sądzę do wytłumaczenia byłoby zaufanie moje do tego środka, zważywszy zwłaszcza, że w całym moim dotychczasowym zawodzie prócz tych trzech widziałem tylko dwa powyżéj wspomniane przypadki wyleczenia, raz dobrowolnego, a raz skutkiem przekłócia siatkówki wykonanego przez Arlta. Nie odważyłbym się jednak mimo to z wyników leczenia osiągniętych w naszych przypadkach, ze względu na stósunkowo małą ich ilość, wyprowadzać sta-

nowczego wniosku co do wartości leczniczéj dwóch w mowie będących sposobów leczenia, gdyby za wyższością pilokarpinu nie przemawiały już wyniki otrzymane w przypadkach powyżéj z piśmiennictwa zestawionych. Doliczając do nich nasze trzy otrzymujemy wcale pokaźny zastęp 16 przypadków zupełnego wyleczenia, zastęp w każdym razie tak liczny, jakim się żaden inny, dotąd znany środek ani sposób leczenia poszczycić nie może. Nie posunę się oczywiście tak daleko, żebym opierając się na przypadkach leczonych przez Dianoux (16), Martiniego (12) i swoich (13), razem w liczbie 41, z których 12 udało się zupełnie wyleczyć, uważał 29% wszystkich przypadków oderwania siatkówki za wyleczalne za pomocą pilokarpinu, bo liczby te są zbyt małe, żeby do podobnych wniosków uprawniały, a rokowanie zawisło od zbyt wielu szczegółowych okoliczności, które w pojedyńczym przypadku uwzględnić należy. Bądź co bądź jednak wyniki dotychczasowe zniewalają nas do uważania pilokarpinu za środek bardzo przydatny, powiedzmy otwarcie, ze wszystkich dotąd znanych najskuteczniejszy przeciw oderwaniu siatkówki, od którego, jeżeli nie ma jakichś szczególowych wskazań, leczenie rozpoczynać należy. Dopiero w razie gdyby pilokarpin zawiódł, lub gdyby z jakichkolwiek powodów już z góry był przeciwwskazanym, przystąpienie do operacyi byłoby usprawiedliwioném. Mimo tak cennego nabytku, jakim się pilokarpin w leczeniu oderwania siatkówki niewątpliwie okazał, rokowanie w przypadkach téj choroby pozostaje jeszcze i nadal niepewném, ale przynajmniéj w razie sprzyjających warunków, do których przedewszystkiém krótkie trwanie choroby, mała rozległość oderwania i młodszy wiek chorego należą, możemy obecnie przecież z większą niż dawniéj nadzieją pomyślnego wyniku przystępować do leczenia.

III. Z kliniki chorób kiłowych prof. Neumanna w Wiedniu

Przyczynek do zmian kiłowych w stawach, ścięgnach, pochewkach ścięgnistych i torebkach maziowych.

Napisał Dr. E. Finger,
docent i asystent kliniczny.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 8).

Etyjologija. Jeżeli uwzględnimy zebrany dotąd materyjał i zastanowimy się nasamprzód nad kiłowemi cierpieniami stawowemi, to zdaje się, iż wobec tego faktu, że kiłowe sprawy chorobowe w stawach są jeszcze mało znane, a nawet ich istnienie przez takie powagi, jak Zeissl (l. c.) podane w wątpliwość, należy najpierw zapytać się i odpowiedzieć, czy rzeczywiście istnieją kiłowe cierpienia stawowe, to jest czy kiła sama przez się, bez dalszych komplikacyj i dalszych etyjologicznych momentów, może wywołać zmiany w stawach. Pytanie to stanowczo potwierdzamy i musimy podać powody, które nas do tego upoważniają. Virchow (l. c.) wykazał, że należy rozróżniać dwa rodzaje zmian kiłowych: zapalne, mniej więcéj szybko przebiegające, które ani w swym przebiegu, ani przy oględzinach nie przedstawiają nic właściwego i specyjalne rodzaje kiłowe, które polegają na wytwarzaniu się kilaków. Narządy dotknięte kiłą polegają jużto na zadrażnieniu, jużteż są siedzibą tworów kilakowych. Ponieważ rodzaje drażniące nie są charakterystyczne, wtedy więc dopiero twierdzić możemy, że narząd został kiłą dotknięty, jeżeli nam się udało wykazać w nim kilakowe, a więc kiłę cechujące zmiany. Wykazanie tychże upoważni nas także przypuścić związek między pojedyńczo-zapalnemi zmianami tego samego narządu a kiłą. Tak przynajmniéj, sądzę, należy rozumieć wyżéj wspomniane zdanie Zeissla (wydanie IV, str. 531) „że wtedy będziemy mieli prawo twierdzić, że i stawy mogą być siedzibą kiły, jeżeli anatomicznie udowodnimy, że w tworach staw stanowiących występuje kilak, właściwy chorobowy produkt kiły. Sekcyje Lancereauxa i Mericampa są więc w tym kierunku dostatecznemi dowodami, albowiem w obu przypadkach znajdujemy typowe kilaki (guzy) w tworach staw stanowiących, w więzadłach i torebce stawowéj; możliwość więc właściwéj kilakowéj sprawy chorobowéj w stawach jest przez to wykazana. I rzeczywiście, dziwnémby to było, gdyby sprawa chorobowa ogólna nie miała dotknąć stawów. Wszak wszystkie inne choroby zakaźne mają mniéj lub więcéj, jak to Mraček (l. c.) słusznie podnosi, dążność usadawiania się w stawach, jak np. odra, szkarlatyna, ospa, dur, zapalenie opon mózgo-rdzeniowych, biegunka, danga (*Dengue*), nosacizna i przebieg wielu, jeżeli nawet nie wszystkich, spraw chorobowych przedstawia objawy, które odróżniają kiłowe cierpienia stawowe od innych. Tak np. przy dokładnéj uwadze spostrzeżemy, że w jednym przypadku dna, pod postacią wielostawowego gośćca przebiegająca, mimo to przedstawia uderzająco różniącą się od niego krzywiznę gorączkową zwalniającą. Brak komplikacyj ze strony osierdzia i wśródsierdzia, umiejscowienie tylko w jednym stawie, przejście w formy chroniczne, względnie mała bolesność połączona z gwałtownemi wieczornemi i nocnemi nasileniami, w innych przypadkach zwolna występujący, bezbolesny początek i przebieg wszystko to są objawy, które dnom kiłowym w wielu przypadkach w uderzający sposób są właściwe i odróżniają je od innych nieurazowych form dny ostréj i chronicznéj. Jeżeli zatém u pacyjenta z dną napotykamy kwitnące objawy świeżéj, albo powracającéj kiły, wtedy mamy prawo kłaść tę dnę na karb kiły, szczególnie wtedy, jeżeli, jak wyżéj wyłuszczyłem, dna w swoim przebiegu okazuje wspomniane właściwości a wszelkie inne objawy przemawiające za powstaniem sprawy chorobowéj w stawie wykluczyć możemy, albo ich przynajmniéj wykazać nie jesteśmy w stanie. W przypadkach chorobowych, których natura nam jest niejasną, wnosimy ze skutków terapii o etyjologii sprawy chorobowéj. Szczególnie w najrozmaitszych kiłą wywołanych formach chorobowych wynik terapii jest ostatnim środkiem rozstrzygającym. Postępowanie to nasze jest usprawiedliwione, albowiem jestto właściwością kiłowych spraw chorobowych, że trudno albo téż wcale nie ustępują dobrowolnie albo przy leczeniu symptomatyczném, leczenie zaś przeciwkiłowe po większéj części jest uwieńczone szybkim i znakomitym skutkiem. Te same względy muszą mieć swoje znaczenie także w sprawach chorobowych w stawach i zarówno jak porażenie mięśni ocznych, zapalenie tęczówki albo naczyniówki, zapalenie okostny, albo jakąkolwiekbądź inną chorobę u osoby kiłowéj uważamy jako kiłowe, jeżeli inne środki lecznicze bezskutecznemi się okazały, leczenie zaś przeciwkiłowe szybko polepszenie albo wyleczenie sprowadza, tak samo musimy uważać dnę u osoby kiłowéj za dnę kilową, jeżeli ona bezskutecznie leczona dopiero po użyciu środków przeciwkiłowych prędko ustępuje". Kiłowe sprawy chorobowe w ścięgnach, pochewkach ścięgnistych i torebkach maziowych rzadko i mało badano, nie należy jednak wątpić o ich rzeczywistém występowaniu.

Przebieg, rodzaje. Wykazawszy tedy istnienie chorób stawów na tle kiłowém, pozostaje nam jeszcze tylko

opisać formy, w jakich kiła w stawach występować może. Przedewszystkiém wypada zaznaczyć, że kiła o wiele częściéj zwykła zajmować stawy, niż to powszechnie przypuszczają. Tylko pewna część tych przypadłości objawia się zboczeniami spraw odżywczych i kształtów, druga część przebiega tylko pod postacią zmian czynnościowych.

I. Bóle w stawach (*Arthralgiae*). Są one częstym objawem towarzyszącym kile, występują bardzo wcześnie, są często jednym z najwybitniejszych zjawisk choroby w okresie wybuchu, aby odtąd rozpoczynać i towarzyszyć każdemu powrotowi a nawet występować w czasie zupełnego utajenia. Siedzibą ich są po największéj części duże stawy, jak: kolanowy, lędźwiowy, barkowy, a po nich stawy pomiędzy członkami palców. W jednych przypadkach występują one jako bóle świdrujące, rwące, z nocnemi nasileniami, podczas gdy w dzień mało albo wcale czuć się nie dają, przyczém zwykle przy ucisku okolica stawu bywa bolesną. W innych przypadkach pojawiają się w formie sztywności członków, którą chory uczuwa szczególniéj, gdy po dłuższym spoczynku zamierza ruchy wykonywać. Chorzy skarżą się wtedy często, że rano przy wstawaniu odnogami poruszać nie mogą, czują bolesne tarcie się wzajemne kończyn stawowych, wydaje im się, jak się jeden z naszych chorych dość rubasznie, lecz trafnie wyraził: „jak by mu maź w stawie wyszła". Po wykonaniu pierwszych ruchów i po przejściu połączonych z nimi bólów ustępują one w miarę poruszania stawów i objawiają się za dnia znowu tylko po dłuższym spoczynku, albo nie powracają wcale, aby z najbliższym rankiem chorego tym silniéj nawiedzić. W wielu razach można wnosić z lekkiego tarcia i łupania w stawie, które przedmiotowo lub podmiotowo czuć się daje, że nie chodzi tu o czyste zboczenie nerwowe lecz już o pewne zmiany w wydzielinach stawu.

Ważniejszemi niż zboczenia czysto czynnościowe są te choroby stawów, które polegają na zmianach odżywczych, dających się anatomicznie wykazać. Podzielimy je, podług Virchowa, na czysto zapalne, wywołane drażnieniem i na właściwe kilakowe formy.

Dna (*Arthritis*) czysto zapalna przebiega w kształcie ostrego lub chronicznego surowiczego zapalenia błony maziowéj. Jedyny przypadek dny ropnéj, którą Coulson przytacza, nie należy, naszém zdaniem, tutaj, gdyż w tym przypadku chodziło o urazowe zapalenie stawu kolanowego, wywołane przez otworzenie stawu w skutek wrzodu kiłowego, sięgającego aż po torebkę. W miarę tego, czy stan chorobowy błony maziowéj jest pierwszorzędny lub następowy, podzielimy te zapalenia błony maziowéj na pierwotne i pochodne, a między temi dwiema formami dalsze porobimy podziały.

1) Do pierwotnych zapaleń błony maziowéj należy przedewszystkiém:

a) Zapalenie błony maziowéj ostre wielostawowe. Choroba ta podobną jest bardzo do gośćca wielostawowego, towarzyszy jéj wysoka gorączka a objawia się jako ostre nader bolesne obrzmienie zwykle kilku dużych stawów, które bywają zajęte albo równocześnie, albo w szybkiém po sobie następstwie, przyczém siła objawów w rozmaitych stawach szybkim ulega zmianom. Ostre, znaczne a bolesne obrzmienie, wysoka gorączka, przypominają żywo ostre zapalenie stawów gośćcowe, od którego różni się znaczném opadaniem krzywizny gorączkowéj, a szczególniéj tém, że kwas salicylowy, lek przeciw gośćcowi niezawodny, który usuwa szybko gorączkę i bóle, przeciw wielostawowemu zapaleniu błony maziowéj na tle kiłowém okazuje się bezskutecznym. Tymczasem jodek potasu, jak tego oba stwierdzone przypadki a także i przypadek 1szy dowodzą, w obec formy kiłowéj odgrywa rolę środka niezawodnego.

Jeśli się téj formy nie leczy w swoim czasie i w odpowiedni sposób, to mało skłonną jest do ustępowania a chociaż zmniejsza się siła objawów, ból i gorączka, to jednak wytwarzają się w stawie zmiany odpowiadające przewlekłemu przerostowemu zapaleniu torebki maziowéj.

Pod względem anatomicznych zmian, stanowiących tło téj formy, nie mamy żadnych bezpośrednich spostrzeżeń. Ponieważ chodzi tu o zmiany zapalne, a te w ogóle nie odznaczają się szczególnemi cechami, więc śmiało możemy przypuścić, że zmiany te odpowiadają zmianom w ostrym gośćcu stawów napotykanym i przedstawiają się w kształcie bądźto rozlanego bądźtéż to plamistego zaczerwienienia i obrzęku błony maziowéj, jako rozluźnienie i drobnoziarnista wysypka na jéj powierzchni, jako złogi lekkich błon włóknikowo-ropnych, podczas gdy sama maź stawowa jest obfitsza, mętna i posiada w zawieszeniu komórki przybłonka, ciałka ropne i błony wrzekome.

b) Ostre zapalenie błony maziowéj jednostawowe. Wśród miernéj gorączki i wobec objawów zapalenia rozwija się szybko obrzęk jednego z dużych stawów, który podczas całego trwania choroby do tego stawu się ogranicza. I w tych przypadkach kwas salicylowy nie wywiera żadnego, jodek potasu zaś nader szybki skutek. Przy nieodpowiedniéj metodzie leczenia zmniejszają się wprawdzie, jak nasz 2gi przypadek poucza, objawy zapalne, ale obrzęk pozostaje i tak samo jak poprzednia przechodzi i ta forma w przewlekłe przerostowe zapalenie błony maziowéj. Zmiany anatomiczne będą zapewne odpowiadać zmianom formy pierwszéj, ale są donioślejsze, czego dowodzi raz ta okoliczność, że forma ta dłużéj opiera się właściwemu leczeniu, a powtóre wyraźne trzeszczenie w naszym przypadku wskazuje ważniejsze zmiany w chrząstce, jéj zużycie i owrzodzenie.

c) Przewlekłe zapalenie błony maziowéj przerostowe (*Hydrarthron*). Bądź jako wynik ostrego jedno lub wielostawowego zapalenia błony maziowéj, bądź też pierwszorzędnie występując (jak w naszym 5tym przypadku), forma ta cechuje się powolném niegorączkowém i niebolesném obrzmiewaniem stawu, które pod wpływem środków przeciwkiłowych ustępuje, a w innym razie jednostajnie lecz powoli wzrasta. Sekcyje wykonane przez Oedmannsona (l. c.), Riesla (l. c.), Giessa (l. c.) wykazują najlepiéj zmiany patologiczno-anatomiczne. Cechują się one przewlekłém przerostowém zapaleniem torebki z bujaniem i tworzeniem kosmków, nadżarciem i zniszczeniem chrząstki, zmaleniem torebki, zniekształtnieniem kończyn stawowych przez zupełny zanik chrząstki, tak, że stężenie stawu jest ostatecznym wynikiem téj choroby.

2) Podobnie do powyższych rozwijają się następowe formy, przez przewleczenie albo w towarzystwie zmian kiłowych w sąsiednich tkankach, po największéj części w kościach. I tu też rozróżniamy dwie formy, ostrą i przewlekłą, co zawisło od tego, czy pierwotne zmiany były ostréj lub przewlekłéj natury. W naszym 3cim przypadku towarzyszyło ostremu nacieczeniu okostny kończyn stawowych (tak jak w przypadkach Richelsa) ostre zapalenie błony maziowéj, które tak jak i nacieczenie okostny pod wpływem leczenia przeciwkiłowego szybko ustępuje. W przypadku zaś Volkmanna,

przytoczonym przez Riesa, nastąpiło po przewlekłém kilakowém zapaleniu kości i zapaleniu rdzenia kostnego kończyn stawowych, przewlekłe przerostowe zapalenie błony maziowéj, zarówno jak przewlekłe nacieczenie torebki maziowéj.

Na tém miejscu nadmienić wypada o zapatrywaniu, które jakkolwiek anatomicznie wcale nieuzasadnione do najnowszych jednak czasów utrzymało się. Jestto mniemanie, że na podstawie dziedzicznéj kiły bywają dotknięte wyłącznie końce kości, na podstawie zaś kiły nabytéj środkowe części kości. Jeszcze w najnowszém wydaniu podręcznika Zeissla, czytamy (str. 530): „Co się tyczy nasad kości, to jest rzeczą od dawna ogólnie przyjętą, że na podstawie nabytéj kiły zazwyczaj tylko trzon kości zapada, a prawie nigdy nasady kości. Zmiany występujące na nasadach kości, jak kostniaki, stwardnienie i zgąbczenie kości, wrzodzenie i martwina, zwykle, jeśli występują u chorych na kiłę, nie pozostają w żadnym związku przyczynowym z kiłą, ale wynikają zawsze z zołzów". Że zdanie to nie ma podstawy, że przeciwnie tak zmiany w okostny jak i środkowe zmiany kilakowe zajmują także i w kile nabytéj nasady kości, tego dowodzi mój przypadek 3 i 4ty. W pierwszym z nich wytwarza się naprzód nacieczenie okostny na trzonie piszczeli a tuż po niém takie samo nacieczenie na nasadzie kości udowéj, a obok tego występuje ostra dna stawu kolanowego. Oba te zapalenia, tak środkowéj jak i końcowéj części kości, powstają równocześnie, okazują te same objawy, to samo oddziaływanie na jod i goją się zupełnie równocześnie. W przypadku 4tym występują w okresie wybuchu świeżego plamistego kilaka nietylko nacieczenia okostny na czaszce, na obojczyku, ale także na kończynach stawowych stawu barkowego, na powierzchni stawowéj i na główce kości ramieniowéj. I w tym przypadku równoczesne powstanie, taki sam przebieg, równe oddziaływanie na ten sam sposób leczenia wskazują tę samą przyczynę, a w każdym razie byłoby rzeczą nadzwyczaj dziwną, gdybyśmy nacieczenie okostny na trzonie piszczeli w 1szym przypadku, nacieczenie okostny na guzie kości czołowéj i na obojczyku w przypadku 2gim uważali za zapalenia na tle kiłowém, a odpowiednie im nacieczenia okostny na kończynach stawowych, mimo równego przebiegu, równego oddziaływania na jod, odnosili do innéj sprawy chorobowéj, nie dającéj się w żadnym z tych obu przypadków udowodnić, jedynie tylko dla tego, że znajdują się na kończynach stawowych. Że kilaki na kończynie stawowéj występują, tego dowodzą przypadki Volkmanna (Riesel l. c.) i Méricampa, szczególniéj zaś ostatniego, gdzie zupełnie odosobniony kilak znajduje się w kończynie stawowéj pod chrząstką. (Dok. n.).

IV O wpływie dymu tytoniowego na ustrój ludzki i zwierzęcy.

Rzecz czytana na III Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w r. 1881.

Przez Dra **Tadeusza Żulińskiego** we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 8).

Układ nerwowy pozostając długo pod wpływem dymu tytoniowego ulega także pewnym mniéj lub więcéj rozległym zmianom, które się zawsze szczególnie odbijają w czynnościach ustrojowych, którym on przewodniczy, jak widzieliśmy np. na narządzie oddechowym lub krwionośnym.

Rozdrażnienie i pobudzenie czynności nerwowéj, jakie się objawia zwykle w pierwszych chwilach palenia i w ostrém zatruciu tytoniowém, przechodzi wśród długiego używania tytoniu w przytępienie, a nawet w częściowe lub zupełne porażenie tych lub owych nerwów. Ztąd rozwijać się muszą różnego rodzaju zmiany w ustroju, tj. przewlekłe choroby przyrody czysto tytoniowéj, jak udary krwi do głowy, powstające tak z rozszerzania się naczyń mózgowych, skutkiem porażenia nerwów naczynioruchowych, jak i przeciwnie zawroty tytoniowe, z niedokrwistości mózgu wynikające, z ich nadmiernego kurczenia się.

Daléj z téj saméj przyczyny powstaje i bezład ruchowy, zdarzający się nierównie częściéj, jak statystyka nas uczy u palaczy, aniżeli u niepalących tytoniu.

W sferze zmysłowéj oprócz przytępienia węchu, słuchu, i smaku, przyrody czysto nieżytowéj, na błonach śluzowych nosa, przewodu Eustachego i języka,—o czém powyżéj wspominaliśmy, zdarza się jeszcze pewne a właściwe, narkotyczne działanie na same nerwy.—Zboczenia te, a raczéj choroby, zdarzają się skutkiem przewlekłego zatrucia tytoniowego szczególnie w narządzie zmysłowym słuchu i wzroku.

Do zmian słuchu napotykanych u palaczy należy, jak powiada Triquet (*Leçons cliniques sur les maladies de l'oreille* 1863), albo zbytnia wrażliwość słuchowa, albo jego przytępienie częściowe, lub téż zupełne porażenie, powstające z działania składników dymu tytoniowego na ośrodki nerwowe, jakeśmy to wyżéj widzieli.

Daleko wyraźniejsze skutki zatrucia tytoniowego dają się dostrzedz w narządzie zmysłowym wzroku. Odróżniamy tutaj: Rozszerzenie źrenicy tytoniowe (*Mydriasis nicotica*) i niedowidzenie czyli ślepotę tytoniową (*Amblyopia nicotica*).

W rozszerzeniu się źrenicy, jak wiemy, bystrość wzroku znacznie się osłabia, a w ślepocie tytoniowéj uczuwa człowiek zwykle rodzaj mgły w oku, zaciemniającéj mu pole widzenia. — W obu jednak razach badanie wziernikiem wnętrza oka nie wykazuje zmian żadnych na siatkówce; zmiany te bowiem głównie odnoszą się do działania dymu tytoniowego na nerwy, a mianowicie na ośrodki nerwowe, a przez nie dopiero na trzecią parę nerwów mózgowych, od któréj zależą także ruchy mięśni okrężnych tęczówki, i mięśni rzęskowych oka, jakotéż i na nerw sympatyczny wielki, kierujący znów ruchami włókien promienistych tęczówki.

Przy zatruciu tém przewłoczném tytoniowém zdarzają się nadto w oczach t. zw. mroczki (*scotoma*) i naruszenie wrażliwości oczu na barwy. Zauważono także, że długie i namiętne palenie tytoniu ma nie mały wpływ i na moc męską, tj. zdolność płodzenia, czyli inaczéj, że tytoń posiada własności przeciwchuciowe (*anaphrodisiaca*).

W jaki sposób składniki jego wpływają tu na ustrój, czy działając na tętnice kręte (*arteriae helicinae*), czy wpływające na zmianę jąder, czy sprawiając ogólne osłabienie, czy też porażając odpowiednie nerwy, sprawa ta dotychczas rozstrzygniętą nie została.—Zaznaczamy tu więc tylko sam fakt, stwierdzony w nauce, tak doświadczeniami fizyjologicznemi na zwierzętach, jak spostrzeżeniami klinicznemi na ludziach, który występuje w tym razie jako skutek przewlekłego zatrucia tytoniowego.

Do objawów chorobowych miejscowych, z działania i zatrucia tytoniowego wynikających, zaliczają powszechnie oprócz nieżytów jamy ustnéj, gardziela, migdałów i krtani, o czém już powyżéj wspominaliśmy, jeszcze tak zwane pleśniawki palaczy (*aphthae*), występujące na bło-

nie śluzowéj jamy ustnéj, jako białe plamy, i przybłoniak czyli rak, który się najczęściéj objawia na wardze dolnéj ust.

Nie wdając się tu w rozbiór szczegółowy, czy złośliwy ten nowotwór powstaje skutkiem właściwego wpływu i działania dymu i soku tytoniowego na błonę śluzową, czy też skutkiem wywieranego tylko nieustannie ucisku przy paleniu na wargi ustne, albo też z obu razem tych przyczyn, zaznaczyć musimy, że jak badania przynajmniéj kliniczne i statystyka dowodzą [1]), występuje on przeważnie tylko u palaczy.

Z tego, cośmy dotąd o skutkach przewlekłego zatrucia tytoniowégo mówili, łatwo pojąć możemy, że i w sferze umysłowéj człowieka muszą także zachodzić pewne zmiany i stany chorobliwe. Cały bowiem układ nerwowy, a więc i ośrodki nerwowe ulegają pod wpływem dymu tytoniowego także różnym zmianom, a więc skutkiem tego występują też i pewne zboczenia w zakresie objawów i czynności umysłowych.

Drażnienie i podniecenie układu nerwowego przez składniki dymu tytoniowego, powtarzane długo i systematycznie, wywołuje w następstwie zawsze jego osłabienie, przytępienie i porażenie.—Jeśli więc tytoń palony umiarkowanie i nie często wywołuje w ustroju człowieka pewne umysłowe podniecenie, orzeźwienie i chęć do pracy, to przeciwnie nałogowe jego palenie zobojętnia i czyni człowieka ociężałym do pracy. Tytoń zatém działa podobnie jak alkohol, kawa i opium.

Wyrazy te: zobojętnia i czyni ociężałym, najlepiéj streszczają skutki przewlekłego zatrucia tytoniowego co do władz umysłowych. — Powszechne jednak mniemanie, iż tytoń działa uspokajająco i rozweselająco, o tyle tylko jest i może być słuszném i usprawiedliwioném, o ile przytępienie czułości i wrażliwości w ogóle, tj. zobojętnienie człowieka na wszelkie nieprzyjemne wrażenia i niepokoje może być rzeczywiście uważane za rozweselające.

Zobojętnienie i uspokojenie to, polegające na otrętwieniu i stopniowém porażeniu czułości i wrażliwości nerwowéj, sprawia dalej pewnego rodzaju przytępienie władz umysłowych i niejakie słabnięcie energii, przyczém usposabia także człowieka i do gnuśnych marzeń.

Najwybitniejszym jednak i bardzo licznemi spostrzeżeniami stwierdzonym chorobowym objawem przewlekłego zatrucia tytoniowego jest stopniowe słabnięcie pamięci u nałogowych palaczy.

Dr. Le Bon powiada, że w Strasburgu miał sposobność często widywać robotników, którzy pracowali w salach fermentacyjnych w fabrykach tytoniu, gdzie powietrze zawierało zawsze w sobie dość nikotynu i par amonijakalnych, a którzy często zapominali np. nazw ulic, na których mieszkali lub imion i nazwisk swoich znajomych.

Badania szczególnie w ostatnich czasach dokonywane na młodzieży w zakładach naukowych będącéj, a mianowicie na palących w przeciwstawieniu do niepalących, wykazały i wykazują, że palenie zawsze wpływa niekorzystnie na rozwój inteligencyi w ogóle (Dr. Bartillon r. 1855—1856).

Oprócz tych zboczeń jednak w sferze umysłowéj, niektórzy badacze zaznaczają jako skutek przewlocznego zatrucia i t. zw. omamy tytoniowe *(hallucinatio)*, tj. przywidzenia zmysłowe, jakoteż wpływ podobny jak napojów wyskokowych na powstawanie i zwiększanie się liczby umysłowo chorych w ogóle, a w szczególności na t. zw. porażenia postępowe *(Paralysis progressiva)* (Dr. Jolly *Anal. d'hyg.* 1881).

Wedle wykazów statystycznych przedłożonych Akademii nauk w Paryżu przez Dra Jolly (rok 1865 21 lutego) okazuje się, że ze wzrastaniem zużywanego tytoniu wzrasta wciąż i liczba obłąkanych; i że wspomniany rodzaj obłąkania w oddziałach męskich zakładów dla obłąkanych spotykano przeważnie między palaczami tytoniu, tak że to porażenie postępowe w sferze umysłowych chorób możnaby śmiało nazwać powiada Jolly porażeniem tabaczném, podobnie jak mówimy o porażeniu ołowiowém *(Paralysis saturnina)* dlatego, że pochodzi z przyczn zatrucia ustroju ołowiem.

Szkodliwy wpływ tytoniu na inteligencyję szczególnie daje się spostrzegać u młodzieży, któréj ustrój młody, wrażliwy i rozwijający się dopiero ulega łatwiéj przytępiającym i porażającym własnościom tytoniu.

Nie wdając się w bliższy i więcéj szczegółowy rozbiór strony patologicznéj zatrucia tytoniowego, zaznaczyliśmy tylko główne cierpienia, które bystremu i pilnemu oku lekarza w codziennéj praktyce często się bardzo nasuwają, stwierdzając tém samém słuszność dotychczasowych postrzeżeń i doświadczeń fizyjologicznych na ludziach i zwierzętach z dymem tytoniowym dokonywanych.

VIII. Przyzwyczajenie się do palenia.

W obec tego, cośmy powyżéj powiedzieli o skutkach palenia, t. j. dymu tytoniowego na ustrój mianowicie ludzki, uważamy za konieczne zastanowić się tu nieco nad pytaniem, jak ze względów higijenicznych i lekarskich należy i wypada zapatrywać się na tak zwane przyzwyczajenie się do palenia. To bowiem stanowi, że się tak wyrazimy, główny rdzeń sprawy, o któréj mowa, i jest podstawą dla wszelkich sądów o paleniu tytoniu.

Przyzwyczaić się do czegoś, a więc i do palenia tytoniu, jak powiadają powszechnie, jestto znosić wpływ jakiś spokojnie, bez żadnéj szkody dla ustroju. Inaczéj powiedzieć można, że jeżeli rzecz jaka działa z początku na ustrój nasz gwałtownie i rażąco, to po pewnym czasie używana ciągle, przestaje tak działać, i traci swe szkodliwe dla nas własności, t. j. że jéj bez szkody i obawy dla zdrowia daléj używać możemy. Bo przyzwyczajenie, jak powiadają, jest drugą naturą. Że przysłowie to w tym razie niewłaściwie stosują, dowodzi sam niezbity fakt istnienia ostrego i przewlekłego zatrucia tytoniowego.

Twierdzenie więc, często słyszeć się dające, że palenie tytoniu, jeśli się kto do niego przyzwyczai, nie jest bynajmniéj dla zdrowia szkodliwe, i wcale źle na ustrój nie oddziaływa, nie ma żadnéj słusznéj i naukowéj podstawy.

Nie to bowiem tylko jest i może być szkodliwém lub trującém dla nas, co natychmiast wywołuje i sprawia zboczenia w czynnościach ustroju, lub sprowadza zaraz bóle albo inne cierpienia, ale i to także, co chociaż nam nawet smakuje, robi przyjemność, i sprawia zadowolenie, nieznacznie przecie, niepostrzeżenie, i bardzo powoli sprowadza zawsze zmiany i zaburzenia czynnościowe w ustroju, mniéj lub więcéj dotkliwe.

Nie wdając się w przytaczanie mnóstwa innych nowych przykładów przewlekłego zatrucia tym lub owym środkiem, który się z wdychaném tylko powietrzem dostaje do ustroju, przypomnimy tu tylko zatrucie wyskokowe *(Alcoholismus)*, które także bywa tak ostre jak i przewlekłe. U ludzi, którzy się bardzo łatwo do napojów wyskokowych przyzwyczajają, tak, że już one u nich nie sprowadzają ża-

[1]) Dr. Bouisson: *Gaz. med.* 1859.

dnych przypadów otrucia, jak np. mdłości, wymiotów, odurzenia lub utraty przytomności, przecież jak nauka nas uczy i doświadczenia stwierdzają, napoje wyskokowe nie przestają działać szkodliwie zawsze na ustrój, przygotowują powolnie późniejsze ciężkie chorobowe przypady, tak, że dziś już o nich nikt powątpiewać się nie ośmieli.

Czyż dla tego zresztą, że inni przyzwyczaili się mieszkać w wilgotnym domu i oddechać wciąż złém powietrzem, tj. zaduchem, a nie doznają do czasu żadnych objawów szkodliwego wpływu na ich zdrowie, wolno nam twierdzić i wnosić, że powietrze to nie jest dla nas szkodliwém i trującém, i równie jak suche i czyste wdychaném być może? Nie. — A więc i z paleniem, t. j. oddechaniem dymem tytoniowym, musi być toż samo, tém bardziéj, że on więcéj w sobie zawiera szkodliwych dla zdrowia składników, niż kwas węglowy i wilgoć znajdująca się w zaduchu mieszkań.

Mamy zresztą liczne dowody, iż najzjadliwsze trucizny jak opijum, arsen [1]), strychnin itd. używane stopniowo i długo, bywają znoszone, t. j. tolerowane czas jakiś, spokojnie przez ustrój ludzki, a czyż przyzwyczajenie się do ich używania, pozostaje obojętne i późniéj dla naszego zdrowia i nic mu nie szkodzi?

Gdyby dym tytoniowy, którym przepełnione bywa powietrze naszych mieszkań, nie zawierał nic więcéj, jak tylko to, co doświadczenia Krausego wykazały, że w 100 częściach jego znajduje się 5,2—13,8 tlenku węgla, a 9,2—13,5 kwasu węglowego, to jużby to zupełnie wystarczało, ażeby oddechanie nim tak palących jak i przebywających w nim uważać można za szkodliwe wedle najpierwszych zasad higijeny, a cóż dopiero, jeżeli on prócz tego jeszcze zawiera, jakeśmy to widzieli, nikotyn, amonijak, kwas pruski, ciała aromatyczne i tyle innych związków.

Z doświadczeń powyżéj opisanych widzieliśmy przecie, jak dym tytoniowy stopniowo pozbawiany tych i owych składników, działał jednakże zawsze szkodliwie i trująco na zwierzęta. A choć działanie to w codziennem życiu bywa bardzo powolne i nieznaczne, nie może być przecież nigdy pomijaném, lekceważoném, a tém mniéj zaprzeczaném. Liczne bowiem spostrzeżenia i doświadczenia w tym względzie robione dowodzą, iż przychodzi tu często do punktu przesycenia *(saturatio)*, poza którém mała nawet niekiedy ilość dymu wywołuje silne napady chorobowe, jak np. dusznicy bolesnéj i t. p. cierpienia.

Z tychto względów, opierając się na licznych i długoletnich, obcych i własnych doświadczeniach, postrzeżeniach i praktyce lekarskiéj, przyjmując ostre i przewlekłe zatrucie tytoniowe jako rzecz pewną i dowiedzioną, nie możemy wcale przypuścić i uznać nieszkodliwego przyzwyczajenia do palenia i dymu tytoniowego. W tym mianowicie sensie, że przyzwyczajenie ma oznaczać obojętność, t. j. nieszkodliwość jego zupełną dla ustroju ludzkiego. Bo ze względu tak higijenicznego jak i lekarskiego szkodliwe działanie nie przestaje być jeszcze szkodliwém, gdy zamiast objawiać się natychmiast i widocznie występuje bardzo powoli i długo i nader nieznacznie, w późniejszéj dopiero przyszłości.

Inaczéj bowiem niezdrowe pokarmy, złe i zepsute powietrze mieszkań, brak zupełny ruchu, ciągłe nocne czuwania, lekkie na zimno ubranie itp. rzeczy, dla tego że co dzień niemal tylu ludzi wystawia się na ich wpływ szkodliwy, a ci mimo to jednakże żyją i nie umierają z ich powodu, musielibyśmy uznać także jako środki i warunki higijeniczne tj. nieszkodliwe, bo się do nich przyzwyczajać można, a zdania i obawy przeciwne uważać za przesadne i nieprawdziwe. Zaprzeczyć nie można, że jak wszędzie tak i tu może się wydarzać tkliwość osobliwa *(Idiosyncrasia)* pewnych ludzi na wpływ tytoniu, tak w dodatnim jak i ujemnym kierunku. To znaczy, że mogą się znajdować ludzie nadzwyczaj czuli i wrażliwi na działanie najmniejszéj nawet ilości dymu tytoniowego i przeciwnie wyjątkowo nie czuli, t. j. odporni i bardzo wytrzymali na długie nawet jego działanie w znacznéj ilości.

Jak nigdzie jednakże tak i tu wyjątki nie mogą stanowić zasady ani reguły ogólnéj dla nikogo. W żadnym więc razie nie można i nie podobna do nich stosować sądów o działaniu i wpływie dymu tytoniowego na ustrój ludzki.

(Ciąg dalszy nastąpi).

[1]) Dowodem tego są palacze opijum, morfiniści i górale styryjscy spożywający arsen w dużych stosunkowo dawkach.

V. Kazuistyka lekarska.

Przyczynek do leczenia przepuklin.

Przywieziona do mnie z nad granicy Bessarabii kobieta starsza podaje, iż parę razy, po dźwignięciu ciężaru, występował u niéj guz w pachwinie prawéj, czemu towarzyszył ból dość znaczny. Guz ten chował się wnet, skoro znachorka przyłożyła doń kurę, żywcem rozdartą. Tym razem nie pomogła ani kura, ani silne ugniatanie brzucha, ani zaklęcia; guz trzy doby stoi w mierze, a boleści i nudności wzmagając się coraz więcéj, wymioty powtarzają się częściéj, nadto bezsenność i trwoga odbierają siły.

Objawy nie były groźne, w szczególności nie było zapadu.

Leczenie rozpocząłem od wstrzyknięcia 2ch centigramów morfinu, poczém starałem się przepuklinę odprowadzić; a gdy to się nie udało, użyłem lotnika. Polewałem nim okolicę pachwinową co kilka minut, nadto podałem makowca 15 centigr. w ciągu 2ch godzin. Chora zasnęła, a guz jak mi się zdawało, nieco się zmniejszył. Ponieważ nie mogłem dłużéj pozostać przy choréj, więc zbudziłem ją i kazałem odwieźć do domu, zapisawszy do wcierania lotnik z olejkiem lulkowym, a wewnętrznie makowiec po 5 centygr. co 2 godziny. Chora przebudziwszy się czuła znaczną ulgę i odjechała z zadowoleniem i nadzieją wyzdrowienia. Jakoż po paru tygodniach taż chora przybyła do mnie, aby podziękować i wynagrodzić mnie za moje trudy i uratowanie jéj życia. Co się tyczy przebiegu, to dowiedziałem się tyle tylko, że przypady trwały jeszcze ze trzy doby; lecz że chora wciąż drzemała, więc nie wiele czuła dolegliwości i nie pamięta dobrze, kiedy ten guz się schował.

Gdy u téj choréj przepuklina pachwinowa, z drugiéj strony, wielka i wolna, nagle po wysiłku się zwiększyła, zacisnęła i nie dała odprowadzić, wtedy chora posmarowała ją kilkakrotnie tym samym środkiem i osiągnęła dobry skutek, i powiada, że czuła wyraźnie ruch kiszek i ustępowanie tychże z worka przepuklinowego.

Urojoną byłaby nadzieja, że lotnik może zastąpić nóż chirurga, i tego wcale się nie spodziewamy; ale stosując lotnik, czynimy to w téj myśli, że on ułatwi nam odprowadzenie lub zastąpi użycie innych sposobów, jak np. kąpieli, które wymagają wiele zachodu a dla biednych są za drogie.

Dr. Pawlicki (w Mielnicy nad Dniestrem).

VI. Oceny i sprawozdania.

Wiktorowski: **Stosunek spraw twórczo-zapalnych do spraw wrzodzenia w żołądku.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 8).

8. W przypadkach, w których wrzód żołądkowy w związ-

zku pozostaje z chorobą ogólną, n. p. z kiłą, nie przychodzi zazwyczaj do przedziurawienia. Pochodzi to ztąd, że gruczoły trawieńcowe wczas przeistoczeniu wstecznemu ulegają i że chorzy giną skutkiem zboczeń w innych narządach wprzód, nim zmiany w żołądku dosięgły szczytu rozwoju.

Zdaniem autora, wyłącznie gruczołom trawieńcowym należy przypisać szczególniejszy przebieg wrzodu żołądkowego, bez gruczółów tych w „rowku patologicznym“ położonych, bez téj *vis et acies complicationis* goiłby się wrzód przez produkcyję ropy i ziarniny bez przedziurawienia w sposób zwyczajny. Wypuklona (raczéj ku wewnątrz podwinięta) błona śluzowa brzegu owrzodzenia toruje sobie drogę przez wszystkie warstwy ściany żołądkowéj, aż dochodzi do otrzewny, z którą czasem się zrasta, przez co nieraz wytwarza się rodzaj zwieracza, który przeszkadza wydostaniu się treści na zewnątrz. Kształt wrzodu żołądkowego jest w początkach linijowym, stosownie zatém do kształtu „rowka“; dopiero późniéj, gdy działanie przybrzeżnych gruczołów trawieńcowych wypuklonéj ku owrzodzeniu błony śluzowéj się wzmaga, wtedy to kształt wrzodu staje się bardziéj kolistym. (Treść bowiem gruczolów nie wydziela się ku górze na powierzchnię lecz ku dołowi, w środek owrzodzenia, gdyż gruczoły w tym kierunku są zwrócone skutkiem „wypuklonego“, a raczéj podwiniętego, brzegu błony śluzowéj).

Autor nigdy nie mógł stwierdzić, jakoby okrągły kształt wrzodu był zależnym od zatoru lub zakrzepu albo w ogóle od zawału krwawego, nawet ukośne usadowienie się ubytku lejkowatego można nie tłumaczyć, jak to dawniéj B a m b e r g e r przypuszczał, ukośnym przebiegiem naczynia krwionośnego lecz niejednostajném wyparciem warstwy mięsnéj przerosłéj. W owrzodzeniach szybko się rozwijających można rozróżnić dwa „lejki“, z których jeden odpowiada lejkowatemu ubytkowi autorów, a drugi tworzy wypuklona (podwinięta) błona śluzowa, która na kształt sączka pofałdowanego tkwi we właściwém lejkowatém owrzodzeniu.

W dalszym ciągu wypowiada autor kilka zasad ogólnych dotyczących pojęcia wrzodu „zapalnego“, jego różnicy od ubytku tkaninowego, zasadzającéj się szczególniéj na obecności nowowytworzonych produktów zapalnych, zwraca uwagę na wpływy chemiczne zmieniające wejrzenie wrzodu itd.

Zapatrywanie tedy autora na rozwój wrzodu żołądkowego (jak go nazywa *Ulcus ventriculi chronicum s. complicatum*) daje się określić w sposób następujący:

W całéj sprawie rozróżnić należy dwa okresy. W okresie pierwszym rozwija się z przewłocznego nieżytu okolicy odźwiernika sprawa międzymiąższowa przewłoczna w błonie śluzowéj a późniéj zapalenie twórcze w tkance podśluzowéj. Zgrubienie błony śluzowéj sprowadza jéj marszczenie się. W tkance podśluzowéj rozrasta się zbitsza tkanka łączna, która stale, na znacznych przestrzeniach, przytwierdza błonę śluzową do warstwy mięsnéj, przez co rodzi się przeszkoda dla ruchów téjże, a z drugiéj znów strony tkanka owa, zwężając światło odźwiernika, gdzie najsilniéj cała sprawa się toczy, zmusza żołądek do większéj pracy mięśniowéj. Zboczenia te sprowadzają przerost warstwy mięsnéj począwszy od zastawki odźwiernikowéj. Z czasem przechodzi sprawa zapalna twórcza także i na surowiczą stronę nie mniéj i na warstwy mięsne, podczas gdy sprawa zapalna międzymiąższowa w błonie śluzowéj ani na chwilę nie ustaje, skutkiem czego postępuje zwężenie odźwiernikowego otworu, przerost warstwy mięsnéj, zwiększenie zmarszczków itd. Okres drugi całéj sprawy rozpoczyna się z chwilą, gdy miejscami naciek tkankołącznowy przyjmuje cechy starych blizn kurczących się, co sprowadza zwiększenie fałdów blony śluzowéj, zwężenia odźwiernika, wydęcia dna żołądkowego i zanik tegoż. Nadto zanika miejscami skutkiem rozrostu tkanki łącznéj warstwa mięsna, tu i owdzie i błona śluzowa, która nawet, gdzie moment mechaniczny wprost jako uraz działa, miejscami wrzodzieje. Owrzodzenia te od samego początku doznają komplikacyj skutkiem wypuklania się (podwijania) brzegów uzbrojonych w gruczoły trawieńcowe Otóż pod wpływem przerosłéj warstwy mięsnéj powiększają się te wrzody, aż wreszcie przychodzi do przedziurawienia ściany, jeżeli tylko „ten ruch błony śluzowéj ku zewnątrz nie zostaje wstrzymanym przez silniejszy rozrost tkanki łącznéj w miejscu wrzodzenia. Wśród przebiegu tedy sprawy zapalnéj twórczéj występuje tu sprawa wrzodzenia, która jednakowoż zaraz ulega komplikacyi sprowadzonéj warunkami: dynamicznym, mechanicznym i chemicznym (przerost warstwy mięsnéj, podwinięcie blony śluzowéj i jéj gruczołów trawieńcowych); téjto komplikacyi przeciwdziała sprawa zapalna odczynowa i od przewagi sprawy jednéj lub drugiéj zależy zejście wrzodu żołądkowego w przebicie lub zabliźnienie“.

Wyniki, do jakich autor dochodzi, zasługują ze wszech miar na baczną uwagę. Zmieniają one w ogóle nasze teoretyczne poglądy na wrzód żołądka, a powtóre, co z pewnością niemniéj ważną jest rzeczą, nakazują n a j b a r d z i é j d r o b i a z g o w ą s k r u p u l a t n o ś ć w l e c z e n i u n i e ż y t ó w ż o ł ą d k o w y c h. Nadzwyczaj wiele zyskałyby na wartości wszystkie wywody autora, gdyby był podał, o ile to było możebném, choć kilka szczegółów z przebiegu choroby w tych przypadkach, w których dokonaném było badanie pośmiertne, a które autorowi podały materyjał do poszukiwań. (*Virchowa Archiw*, tom 94, zeszyt 3). *Dr. Pisek.*

N. P o p o w: **O zmianach w rdzeniu pacierzowym po otruciu arsenem, ołowiem i rtęcią.** (Z pracowni klinicznéj prof. M i e r z e j e w s k i e g o w Petersburgu).

Oprócz otruć ołowiem i fosforem brak dotąd badań mikroskopowych zmian, powstających w układzie nerwowym pod wpływem innych środków trujących. Tą okolicznością powodowany przedsięwziął autor szereg doświadczeń na psach i świnkach morskich pod kierownictwem prof. M i e r z e j e w s k i e g o, zadając tym zwierzętom trucizny, w następstwie których obfituje obraz kliniczny otrucia w objawy z zakresu nerwowego. P. nie zastanawia się wcale obszernie nad symptomatologiją, mając na oku jedynie badanie anatomo-patologiczne, a ze starannego zestawienia literatury przedmiotu przeważnie z czasów najnowszych wnosić należy, że do pracy swojéj przygotował się należycie.

Wyniki badań przedsięwziętych na większy rozmiar streścić można w następujących czterech punktach:

1) Arsen, ołów i rtęć sprawiają w rdzeniu pacierzowym wśród ostrego otrucia zmiany zapalne, które mają cechę ostrego zapalenia środka rdzenia pacierzowego *(Myelitis centralis)*.

2) W przypadkach z przebiegiem nieco przewleklejszym zajmują zmiany nie tylko istotę szarą, lecz przechodzą miejscami w istotę białą, przedstawiając obraz zapalenia rozsianego *(Myelitis diffusa)*.

3) Wśród przebiegu ostrego nie zajmują zmiany rozgałęzień nerwów na obwodzie.

4) Objawy kliniczne, spostrzegane wśród otruć temi metalami, należące do zakresu nerwowego, jak drgawki, bóle, porażenia czucia lub ruchu, tłumaczą się doskonale wymienionemi zmianami anatomicznemi a żaden objaw nie przemawia za tém, jakoby dotkniętym był układ nerwowy na obwodzie. (*Archiv für path. Anat. v. R. Virchow* T. 93).

Dr. Schaitter.

Prof. Voltolini: **Prątki gruźlicze w uchu.**

Autor zwraca uwagę na związek, jaki zachodzi między suchotami płucnemi a wypływem z uszów. Mogą tutaj zachodzić dwa przypadki: 1) pierwszym objawem jest wypływ z uszu, a następowo do niego przyłącza się dopiero gruźlica płuc, 2) do gruźlicy płuc przyłącza się wypływ z uszów, i to często w okresie początkowym téj choroby. Autor jest zdania, że u każdego człowieka z wypływem z uszu należy się obawiać rozwinięcia się gruźlicy płuc [1]). Często zdarzało mu się widzieć ludzi na pozór zdrowych, cierpiących tylko na wypływ z jednego lub obu uszu. Nagle chory taki dostawał kaszlu, i wkrótce stwierdzono gruźlicę. W przypadkach, gdzie najpierw rozwijała się gruźlica, uważał często obok wypływu z ucha małe przedziurawienie błony bębenkowéj u samego dołu. Przedziurawienie to łatwo przeoczyć, lecz łatwo go można sprawdzić przy użyciu metody Valsalvy. Autor długi czas zadawał sobie pytanie, jaki może być związek przyczynowy między temi dwiema chorobami. Obecnie udało mu się wykryć w ropie z uszu prątki gruźlicze Kocha, stale się znajdujące. Zdaniem autora można więc już pierwsze objawy suchot płucnych rozpoznać w niektórych przypadkach z wypływu usznego. Ω.

Fischer: **O t. zw. fotograficzném podobieństwie napadów szału u epileptyków.**

Za pewne przyjąć należy, że szał epileptyków, jako objaw schorzenia padaczkowego różni się od innych postaci téj choroby umysłowéj nie tylko pod względem sposobu powstawania i przebiegu właściwego, lecz także pod względem odrębnéj symptomatologii. Zdawałoby się więc, że w przypadkach, w których każdy szczegół jest stwierdzonym, nie nasuwają się rozpoznaniu żadne trudności. W praktyce jednak ma to miejsce tylko wtedy, gdy zdołano sprawdzić napady typowych drgawek; jeżeli napadów takich nie sprawdzono, można postać choroby umysłowéj brać snadnie za rozmaite inne rodzaje téjże, dla tego téż nie można dotąd orzec stanowczo, że równoważnik psychiczno-epileptyczny istnieje tak, jak go pojmował Samt. W téj mierze zgadza się F. z zapatrywaniem Witkowskiego, a opisując dokładnie przypadek, który miał sposobność sam spostrzegać, stara się dodać kilka szczegółów celem rozjaśnienia kwestyi, w któréj istnieją dwa wprost sprzeczne zapatrywania. Kwestyją tą jest istnienie t. zw. fotograficznego podobieństwa napadów szalu u epileptyków; autorowie francuscy przypuszczają istnienie takiego podobieństwa (Falret, Legrand du Saulle), Witkowski i Pick zaprzeczają stanowczo ich istnieniu; pierwszy z nich sądzi, że ma się tutaj do czynienia z powracaniem podobnych objawów, jakie napotyka się również w przebiegu innych postaci chorób umysłowych, a znane jest zresztą każdemu, kto miał sposobność obserwować chorych na umyśle przez czas dłuższy. W napadzie szału epileptycznego powtarzają się objawy z pewną automatyczną dokładnością, zcharakteryzowaną dostatecznie wyrażeniem Legranda du Saulle: *comme un mécanisme à répétition,*" a o ile napady te są podobne do siebie tak, że to podobieństwo fotograficzném nazwano, dowodzi przypadek opisany przez autora: Dziewczyna 22-letnia dostała napadów padaczki bez znanéj przyczyny, zaraz z początku przyłączyły się do napadów typowych napady szału a następnie omamy z treścią przerażającą. Te napady szału, epileptycznego powracają od lat czterech z typową dokładnością, przyłączając się zawsze do typowych napadów drgawkowych. Pomiędzy napadem drgawkowym a wybuchem szału śpi chora tak samo jak po ustąpieniu napadu szałowego i powracaniu stanu względnie prawidłowego. Napad szału trwa 3—4 dni z tym samym przebiegiem przypadów, które trudno jest opisać, jak w ogóle trudno jest skreślić obraz napadu szałowego. Po napadzie posiada chora zupełną prawie amnezyję, jakkolwiek czasem przypomina sobie nieco treść pewnych zwidywań i urojeń. Zdaniem F. nie jestto przypadek wyjątkowy, lecz niejako najlepiéj wykształcony typ powtarzającego się napadu szału u epileptyka, z podobieństwem fotograficzném, które w innych przypadkach również istnieją, rzadko jednak tylko dochodzi do téj dokładności, jak w przypadku opisanym. Rozmaite są stopnie zamącenia przytomności u epileptyków po napadzie drgawek a w miarę, o ile przytomność jest więcéj utrzymaną, muszą się poszczególne napady więcéj różnić pomiędzy sobą: podobieństwo napadów stoi zdaniem F. w prostym stosunku do zamącenia przytomności. Powracanie takich samych objawów lub wyobrażeń przed lub po każdym napadzie epileptycznym ma miejsce dosyć często a jako przykład przytacza F. przypadek epileptyka, u którego pierwszy napad powstać miał z przestrachu w czasie wojny w roku 1870/71. Od tego czasu widzi ten człowiek przed każdym napadem i to w czasie t. zw. „*aura*" ten sam lasek, z którego oddział zbrojnych Francuzów wypada na niego stojącego na warcie. (*Berl. klin. Woch.* Nr. 4, 1884). *Dr. Schaitter.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z posiedzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego z d. 8go lutego 1884.

Obecni koll. Jarnatowski, Zielewicz, Jerzykowski, Koszutski, Osowicki, Kapuściński i sekretarz. W nieobecności prezesa Dra Mateckiego uproszony na przewodniczącego Dr. Jarnatowski zagaił posiedzenie.

Po odczytaniu i przyjęciu protokółu nastąpiła dyskusyja nad chorobami obecnie nagminnie panującemi, w któréj następujący koledzy wzięli udział:

Kol. Koszutski zaznacza, że spotyka się obecnie z dość licznemi przypadkami zapalenia oskrzel włosowatych i z krztuścem u dzieci, u dorosłych zaś widuje zimnicę, zapalenie migdałów i to z udziałem gruczołów szyjnych. Daléj miał kilka przypadków dyfteryi, które zakończyły się bardzo szczęśliwie po zastosowaniu kalomelu sposobem na ostatniém posiedzeniu zachwalanym, a nadto ostry, gorączkowy nieżyt żołądka, w ostatnim zaś czasie zdarzyło mu się widzieć przypadek duru plamistego i nerwobóle. — Dr. Wicherkiewicz spotyka się z przypadkami nerwobólu nerwu troistego dość często, lecz nie uważa, ażeby cierpienia te przywiązane były głównie do pewnéj pory; zdarzają się przypadki te sporadycznie, a czasem w większéj ilości. Ze środków leczniczych obok chininu najwięcéj usługi oddaje prąd stały. — W ostatnich dwóch miesiącach spostrzegł chorobę pod pewnym względem nagminnie się pojawiającą, zresztą nie-

[1]) Zdaniem naszém, jeżeli twierdzenie autora jest prawdziwém, to chyba tylko z przyczyny, że wypływ uszu najczęściéj występuje u skrofulicznych i to u osób z „*scrophulosis erethica.*" (*Przyp. Sprawozd.*)

zbyt częstą, t. j. ostre zapalenie błony Tenona. Przypadków tych miał cztery w krótkim czasie po sobie, a bliższe o nich szczegóły poda później. Wszystkie odznaczały się nabrzmieniem powiek i spojówki i znacznem wystąpieniem gałki równocześnie nawet z lekką gorączką. W pierwszéj chwili nasuwała mu się myśl, ażali nie ma do czynienia z objawem wtórorzędnym zapalenia nerek lub też trychinozą. Gdy bliższe badanie usunęło pod tym względem wszelkie wątpliwości, rozpoznanie stało się pewném, a rokowanie dość korzystném; co się też niebawem sprawdziło, gdyż częste wcierania maści jodoformowéj w otoczenie oka i suche ciepłe okłady po kilku, najdaléj kilkunastu, dniach uwolniły chorego od wszelkich chorobowych objawów. — Dr. Osowicki w krótkich słowach opowiada przypadek duru plamistego, który w licznéj ubogiéj rodzinie dotknął jednego tylko dziecka przeniesionego do szpitala św. Józefa. Dziecko to po trzech tygodniach wyzdrowiało, a dotąd mimo, że dziecko to spało w jedném łóżku z inném, nikt więcéj w domu tym nie zachorował. — Kol. Kapuściński podnosi z chorób pomorowych szkarlatynę, ostry gościec stawowy, który w jednym przypadku uwydatniał się tak dalece nabrzmieniem twarzy, a mianowicie powiek, że kol. K. przypuszczał trychinozę. —

Kol. Zielewicz mówi o przypadku wola. Według często zrobionych doświadczeń operacyja wola napotyka na niezmierną trudność odłączania gruczołu tarczykowego od chrząstek przyległych. W wielu razach ostatnie znacznie były zmiękczone. W przypadku tym również rozmiękczenie w wysokim rozwinięte było stopniu. U kobiety, mającéj 62 lat, silném dotkniętéj wolem, znaczne bardzo powstało z czasem utrudnienie połykania i oddechu. Pewnego dnia chora wykrztusiła znaczną ilość śluzu a późniéj jeszcze treść kleistą wola. Kol. Z. przypuszcza więc, że rozmiękczenie chrząstek doprowadziło w końcu do zupełnego ich przedziurawienia i zespolenia drogi oddechowéj z treścią wola. Oddechanie i połykanie po wyrzuceniu dość znacznéj masy klejowatéj stało się następnie zupełnie łatwém.

Kol. Jerzykowski opowiada zajmujący przypadek rozdarcia macicy wśród połogu u osoby, która po raz dziesiąty rodziła. Rozdarcie macicy nastąpiło tutaj w skutek rozcieńczenia macicy z jednéj strony, a wąskości miednicy z drugiéj. Z podobnym przypadkiem spotkał się kol. Kapuściński przed trzema laty w Zakładzie św. Elżbiety; chora jego powróciła do zdrowia, a kol. Jarnatowski opowiada przypadek, który mu się zdarzył w małomiejskiéj praktyce przed 18tu laty. Przywołany do rodzącéj kobiety zastał już wydobyty lecz oderwany od głowy kadłub dziecka. Sztuki téj dokonał chirurg I klasy najprzód do położnicy zawezwany. Kol. J. chcąc wyjąć z łona matki głowę dziecka, napotkał w jamie macicznéj jelita; główka zaś dostała się przez otwór macicy do jamy brzusznéj.

Przystąpiono do wyboru przewodniczącego i sekretarza na rok bieżący. Przez aklamacyję potwierdzono Zarząd. (Prezes Dr. Matecki, sekretarz Dr. Wicherkiewicz).

Dr. B. Wicherkiewicz.

Towarzystwo Lekarskie galicyjskie.

Sprawozdanie z posiedzenia sekcyi Stryjskiéj dnia 5 lutego 1884.

Obecnych członków 7.

Przewodniczący przedstawił krótkie sprawozdanie ze stanu sekcyi. Liczba członków przez śmierć i przesiedlenie się kilku kolegów spadła na 14. Funduszów obecnie sekcyja nie posiada żadnych, gdyż sekcyje zrzekły się przez swych delegatów na zeszłoroczném Walném zebraniu przypadającéj na nie cząstki wkładek na rzecz funduszów wsparć Tow. lek., dla tego też zakupionéj Encyklopedyi (9 tomów) dokompletować nie można było.

Kol. Serkowski opisał 3 przypadki t. zw. *Purpura rheumatica* i *Peliosis rheumatica Schoenleini*, które w r. 1883 obserwował w swéj praktyce.

Kol. Berggrün opowiedział o przypadku zgorzeliny starczéj ze swéj praktyki.

Koll. Krzyształowicz i Temple wspomnieli o przebiegu epidemij obecnie panujących. przyczém kol. König przytoczył następujący rzadki przypadek dwukrotnéj ospy u jednego człowieka: Będąc delegowanym do leczenia ospy w górach użył za przewodnika człowieka, który przebył przed kilkunastu laty ospę i miał bardzo znaczne dzioby na twarzy, w nadziei, iż tenże nie będzie narażony na niebezpieczeństwo zarażenia się ospą. Tymczasem człowiek ten wkrótce dostał ospy i umarł.

Wszyscy koledzy przy tegorocznych epidemijach ospy stwierdzili, iż przeważnie osoby nieszczepione nawiedzone były ospą, jeśli zaś ospa wystąpiła u szczepionych to w formie bardzo łagodnéj. Śmiertelny wynik wydarzał się tylko u nieszczepionych.

Wreszcie uchwalono jednogłośnie, aby dotychczasowi członkowie bióra zatrzymali swe urzędy na rok przyszły, a delegatem na Walne zebranie wybrano kol. Serkowskiego.

Dr. Serkowski.

VIII. Listy z „Zachodniego kraju“.

I.

Nieodmówicie może gościnności w szpaltach Waszego szanownego pisma pobieżnym wiadomościom i uwagom tyczącym się stanu lekarskiego w prowincyjach Litwy i Rusi, które nie powinny być obojętnemi dla naszych czytelników, témbardziéj, że macie stałych korespondentów z Warszawy i Królestwa, a nawet z odległych krajów; tymczasem prowincyja nasza, podzielająca przez kilka wieków wspólne losy polityczne, dziś nie daje żadnéj oznaki życia o sobie i jakby murem chińskim jesteśmy od siebie oddzieleni. Stan lekarski u nas nie posiada żadnych towarzystw, któreby jak u Was wszystkich lekarzy połączyły dla wspólnéj pracy; towarzystwa wprawdzie istnieją, lecz do nich mogą należeć tylko ci, którzy poblizko nich mieszkają, jak Towarzystwa lekarskie: Wileńskie, Kijowskie lub Kamienieckie, bo większość lekarzy mieszka rozrzucona na obszarach dziewięciu gubernij, nie wyrażając żadnych dążności, ani potrzeb. Młodzież zaś nasza poświęcająca się zawodowi lekarskiemu, nie mająca szkół krajowych, musi czerpać wiedzę i żebrzeć nauki u obcych, a potém też zbierać okruszyny od nich. W braku zakładu lekarskiego w kraju młodzież 4 gubernij litewskich i 2 białoruskich w tym celu udaje się w rozmaite strony, jak do Akademii medyko-chirurgicznéj w Petersburgu, zarówno do Uniwersytetów Moskwy, Kazania i Dorpatu, a z tak zwanego kraju południowo-zachodniego (gubernij kijowskiéj, podolskiéj i wołyńskiéj), jeżeli nie do Akademii w Petersburgu, to na Uniwersytety Kijowa lub Charkowa.

Były czasy jednak, że nauka lekarska była u nas uprawianą z wielkim pożytkiem dla kraju i społeczeństwa a słynny ze swych humanitarnych poglądów cesarz Aleksander I głęboko odczuwając potrzebę oświaty nie pozbawiał jéj darów swych polskich poddanych i spełniając myśl i zamiary swego Ojca założył w Wilnie w r. 1803 Uniwersytet świecki, tam gdzieześrodkowywało się przez tyle wieków życie polityczne, społeczne i naukowe naszego kraju, w miejscu wówczas upadającéj a przed laty słynącéj Akademii, założonéj przez Stefana Batorego i prowadzonéj przez jezuitów. Założyciel znakomicie organizuje Uniwersytet, hojnie go uposaża podnosząc znaczny fundusz przez liczne zapisy ludzi dobréj woli, wzywa do Wilna na profesorów najpierwszych mistrzów europejskiéj nauki, którzy stają się założycielami szkół znanych w świecie lekarskim ze swego właściwego kierunku. Dosyć wspomnie o Józefie i Piotrze Frankach, Śniadeckim, anatomie Bielkiewiczu, Besserze i wielu innych przedstawicielach téj świetnéj doby naszego umysłowego życia. Do ówczesnego Wilna, jakby do Meki jakiéj ciągnęła młodzież ze wszystkich stron kraju z nad Dźwiny i Dniepru, o głodzie i chłodzie, pieszo nieraz i z workiem na plecach, żądna wiedzy i wie-

dziona tu gorącą miłością kraju. Nic też dziwnego, że pod kierunkiem znakomitych profesorów ówczesnych wyszło tylu dzielnych lekarzy, którzy wysoko pojmowali godność stanu swego i nauki, którą reprezentowali. Związek, jaki zawarł się pomiędzy uczniami i profesorami na uniwersyteckiéj ławie, nie zrywał się z ich wyjściem. Każdy z uczniów zwracał się nieraz zasięgając w potrzebie rady lub pomocy do Uniwersytetu. Jednėm słowem dawna szkoła Wileńska z uczniami stanowiła jakby jednę wielką rodzinę siecią stosunków z sobą połączoną po całym kraju, a jéj wychowańce rozchodząc się po obszernych naszych prowincyjach miłość dla swéj *Alma mater* przekazywali swemu społeczeństwu, wśród któregoześrodkowywała się ich praca. Koledzy wileńscy, a których pomiędzy nami już pozostało bardzo niewielu, wypłacili się swemu społeczeństwu stokrotnie za wiedzę, pracując dla niego, żyjąc jego pragnieniami, jego potrzebami i zostawiając przygotowaną do pracy rolę swoim następcom. W trudnych warunkach rozpoczynali swą praktykę nasi koledzy wileńscy. Przed 80 laty leczenie się było dostępném tylko dla bogaczów, bo zaledwie po miastach wielkich i przy dworach wielkich panów byli lekarze, a przestrzenie na seciny wiorst odległe nie miały lekarzów, służbę sądowo-lekarską zaś nieraz pełnił urzędnik policyi. Opowiem szanownym czytelnikom, jako fakt znany mi z archiwum przechowującego się przy kościele archidyjakonalnym, a dziś parafijalnym na Ukrainie w Zwinogródce, że kiedy w r. 1804 ostatnia starościna Zwinogródzka zasłabła nagle a była to pani bogata, Samuela Sołtykowa, lecz nie utrzymująca nadwornego lekarza, rozesłano w najbliższe miejsca po lekarzy, a nie byli to prawdopodobnie lekarze, a tylko chirurdzy austryjaccy, którzy w braku pierwszych spełniali ich obowiązki, a mianowicie posłano do Tagańczy o wiorst 65 odległéj od Zwinogródki, do Korsunia o wiorst 55 i do Tulczyna o wiorst 200. Praktykę wielce utrudniali tak zwani chirurdzy, a konkurencyja z nimi była u nas wielce przykrą dla lekarza; obywatele po całym kraju leczyli swoich poddanych *con amore*, ciocia i babcia po domach, jak i dzisiaj, nie chciały ustąpić z wyrobionego praktyką i doświadczeniem stanowiska, aptekarze też leczyli, żydzi cyrulicy puszczali krew obficie chłopom i otrzymywali honoraryjum stosownie do miary krwi upuszczonéj, co się i dziś jeszcze praktykuje; wsie były więcéj jeszcze jak dziś przepełnione babami szepczącemi i zamawiającemi choroby, a ileż było znachorów! Dwóch z pomiędzy nich dobiło się niebywałego u nas znaczenia i potęgi. Jeden z nich Wojciechowski, znany pod imieniem Michałka, używał w Wilnie ogromnéj wziętości w początkach praktyki Śniadeckiego, do którego przez ciekawość kiedyś przyszedł znakomity profesor i zapytywał go, czemu zawdzięcza taką ogromną praktykę; a ten miał dowcipnie mu odpowiedzieć, że temu, iż na sto ludzi jest 98 głupców, którzy się do niego udają, a dwaj pozostali idą do sławnego klinicysty. Potém ów znachór przeniósł się na Wołyń do Machnówki pod Berdyczów, gdzie używał ogromnéj sławy, zebrawszy kolosalną fortunę. Rodzina jego spokrewniła się przez związek małżeński z domem rodowéj arystokracyi ks. Radziwiłłów. Inny znów znachor, niejaki chłop ukraiński Potapenko, do którego chorzy zbiegali się z całéj prawie południowéj Rosyi, zamieszkały w Potoku w pow. Kaniowskim (na Ukrainie), leczył ziołami, a przed kilkunastą laty zmarły słynie dotąd jako cudotwórca pośród ukraińskiéj szlachty i ludu. Żydzi znowu w dawnych czasach więcéj niż dzisiaj zasięgali rady i w interesach i w zdrowiu u swych cudotwórców cadyków. Z takiemi to przesądami i ciemnotą musieli walczyć pierwsi lekarze wileńscy, i jeżeli pojedyncze osobistości dorabiały się majątku, to większość za to walczyła o byt ciężko za życia, a po śmierci nie jeden z lekarzy, jak to i dziś bywa, pozostawiał rodzinę bez sposobu do życia. Oprócz światłego poglądu swego na naukę lekarską, opartego na podstawach fizyjologii i racyjonalnéj terapii, wnosili lekarze wileńscy i moralny wpływ w życie społeczeństwa, przez który wyrobili dla siebie taki wyjątkowy szacunek u ogółu ludności Litwy i Rusi, postawiwszy na takiém idealném stanowisku lekarza, jakiego on w innych krajach nie używał. Jeżeli zaś dziś stan nasz stracił na swém znaczeniu, to w części sami temu jesteśmy winni, że nie umieliśmy go podnieść, a tylko go na tém stanowisku, na jakiém go zastaliśmy, podtrzymać. Ileż to w rozmaitych okolicach kraju spotykają spółcześni nasi lekarze pośród publiczności miłych wspomnień ze czcią przechowywanych, które w podania przechodzą, o dawnych lekarzach wileńskich w tych miejscach przed laty praktykujących, o których pamięć w narodzie na długo przeżyje, że byli uczniami Uniwersytetu wileńskiego, zamkniętego w r. 1837 skutkiem politycznych wypadków, a którego Wydział lekarski, jako Akademija medyko chirurgiczna, przetrwał aż po rok 1843. Mało już dziś gdzie pozostał jakiś niedobitek z owéj wielkiéj armii cywilizacyjnéj, którą Uniwersytet wileński wysłał na obszerne ziemie Wschodu, a jeżeli który jeszcze z nich żyje, to oddalił się od gwaru życia i oczekuje końca dobrze zasłużonego żywota, odnawiając w sobie wspomnienia lepszych i pomyślniejszych czasów, mało interesując się teraźniejszością. W téj okolicy, gdzie przed laty zamieszkałem, a jest nią ostatni wschodnio-południowy kraniec dawnéj rzeczypospolitéj, zastałem świeżą jeszcze pamięć o przed kilku laty zmarłym tu starym koledze wileńskim Mikołaju Żuku. Był on przez lat 40 majątkowym lekarzem w jedném z obszernych dóbr ukraińskich, gdzie zdobył sobie zasłużone imię lekarza i człowieka. Otóż w lat parę po jego śmierci, kiedy pewnego dnia przejeżdżałem przez pobliskie od byłego jego pomieszkania miasteczko, spostrzegłem książki rwane w kawałki i sprzedawane przez kupczących żydów na makulaturę lub zawijano w nie pieprz lub świece. Dowiedziałem się od usłużnych żydków, że całą biblijotekę dawnego kolegi synowie, z których niektórzy sami są lekarzami, sprzedawali jako rzecz niepotrzebną na wagę, chcąc pozbyć się łacińsko-polskich gratów mało dziś komu przydatnych. Kupiłem je za parę rubli hurtem i kiedy zacząłem przeglądać, to obok wielu dawnych kalendarzy berdyczowskich, leżał słownik polsko-łaciński drukowany ongi u OO. Bazylijanów płockich, u których właściciel w dziecięctwie się uczył, obok niego znowu leżały rachunki gospodarskie przez pół wieku prowadzone i ogromne kilkunastotomowe dzieło Józefa Franka *„Praxeos medicae universae praecepta,“* pomiędzy dziełami dawnemi Meisnera, Beera znalazłem pracowite notatki łacińskie o 1000 stronnicach pisane pięknym drobnym charakterem a były to lekcyje ówczesnych profesorów wileńskich z lat 1833—1836, Mikołaja Mianowskiego, Konstantego Porcianki, Feliksa Rymkiewicza i innych. Kiedy zacząłem przepatrywać te dawno zapomniane w medycynie teoryje i poglądy, stanął przedemną pracowity uczeń medycyny, który je spisywał może o chłodzie i głodzie siedząc gdzieś na poddaszu jakiéjś kamienicy na ulicy niemieckiéj, lub w którymś z domków Antokola lub

Śniepiszek, i żal mi się zrobiło téj pracy, tych szczątków, których nie umie uszanować ani rodzina, ani potomność. Tak to giną u nas ostatnie ślady dawnéj szkoły, w któréj się uczyli nasi ojcowie! (Dok. n.)

IX. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

O Trujący wpływ miedzi. Co raz więcéj wzrasta wątpliwość, czy należy liczyć miedź do metali trujących. Oczywistą jest rzeczą, iż w znacznych ilościach jest szkodliwą, ale tak samo rzecz się ma z wyskokiem i wielu innemi ciałami, których przecież za trucizny uważać nie można. Ostatnie doświadczenia wskazują, iż w żadnym razie nie wywiera miedź skutków zbiorowych jak ołów. PP. Houlès i De Pietra Santa w rozprawie niedawno przedstawionéj paryskiéj Akademii Nauk podają, iż nie byli w stanie wykryć jakiegokolwiek wpływu szkodliwego na zdrowie u robotników zajętych pracą koło miedzi, nabyli więc przekonania, że tak zw. morzysko miedziowe, którego istnienie przypuszczano w 18 w., nie istnieje jako choroba ściśle określona *(The Lancet)*.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 10—16 lutego umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 43,8. Z ospy umarło 7 (10 z. t.); z odry 1 (0 z. t.); z płonicy 3 (1 z. t.); z błonicy 1 (0 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z duru osutkowego 1 (0 z. t.); z gorączki połogowéj 1 (0 z. t.); z róży 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 13 przypadkach ospy, 4 płonicy, 1 błonicy, 1 duru brzusznego, 1 duru osutkowego, 1 gorączki połogowéj. W tygodniu od 3—9 listopada umarła w Londynie 4 z ospy, leczyło się w szpitalach 102, świeżo zapadło 9. W Brukseli, Paryżu, Manchester, Lizbonie umarło po 1, w Petersburgu 2, w Budapeszcie, Liverpolu po 3, w Wiedniu 4, w Warszawie i Madrycie po 4, Murcyi 8, w Birminghamie 9, w Maladze 14, w Pradze 50. W Rio de Janeiro umarło w 2giéj połowie listopada 37 osób a 9 z febry żółtéj. Z duru osutkowego umarło w Maladze 1, w Petersburgu i Palmie po 2, w Madrycie od 17—23 grudnia 4. Odra złagodniała w Wiedniu, błonica w Amsterdamie. W Bombayu umarło od 2—8 stycznia 19 osób z cholery.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 3—9 lutego umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 31,2; w Warszawie 29,1; w Wiedniu 28,5; w Budapeszcie 27,6; w Pradze 38,4; w Berlinie 21,4; w Hamburgu 24,4; we Wrocławiu 27,6; w Gdańsku 24,2; w Mnichowie 28,4; w Dreźnie 25,1; w Lipsku 25,9; w Bazylei 14,7; w Brukseli 20,3; w Amsterdamie 28,4; w Hadze 21,0; w Paryżu 24,1; w Londynie 19,5; w Kopenhadze 22,0; w Stokholmie 22,9; w Chrystyjanii 23,4; w Petersburgu 38,5; w Odesie 31,6; w Rzymie 33,5; w Wenecyi 33,5; w Bukareszcie 30,7; w Madrycie 45,6; w Maladze 51,2; w Lizbonie 35,4; w Aleksandryi 34,6; w Nowym Jorku 21,9; w Filadelfii 21,6; w Rio de Janeiro 45,0; w Bombayu 32,9. *J. K.*

Statystyka śmiertelności we Lwowie. W mieście tém (liczącém 115.544 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.) zmarło od 10 do 16 lutego r. b. 71 osób, co odpowiada 32 na rok i 1000 m. W tym czasie zmarło osób 2 z dyfteryi, 4 z dławca, 2 z duru brzusznego, 1 z gorączki połogowéj.

X. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 27 lutego. N. Pan nadał prymaryjuszowi i docentowi prywatnemu Drowi Stanisławowi Pareńskiemu tytuł nadzwyczajnego profesora Uniw., uznając jego skuteczną działalność w zawodzie nauczycielskim.

* W wykładzie wstępnym prof. Knappa, mianym w N. Yorku z rozpoczęciem tego rocznego kursu zimowego znajdujemy następującą anegdotę, którą podajemy w tłumaczeniu: „Zoologija jest w Niemczech jednym z przedmiotów obowiązkowych. Otóż jeden z moich przyjaciół opowiadał mi, że gdy uczęszczał na Wydział lek. w Würzburgu, wykłady zoologii odbywały się codziennie od 1—2 godziny bezpośrednio po obiedzie. Pewnego dnia w porze letniéj gorącéj, podczas gdy profesor mówił o wielorybach, przyjaciel mój wiódł rozpaczliwą ale bezskuteczną walkę z Morfeuszem. Słowa profesora stawały się dlań coraz niewyraźniejszemi, na kształt z daleka dochodzącego głosu dzwonu, aż wreszcie popadł w sen, a przebudził się dopiero, gdy profesor kończył właśnie dłuższy okres, z którego zrozumiał zaledwie ostatnie zdanie, a mianowicie: „z tego powodu łowiący wieloryba trzymają się zawsze lewéj strony zwierzęcia.“ Nie możesz sobie wyobrazić, ile nieprzyjemności doznałem z powodu téj drzemki. Nie mogłem zapytać się profesora i od owego czasu zapytywałem się już setki ludzi, dla czego łowiący wieloryba stają po jego lewéj stronie, lecz do dziś dnia nie otrzymałem odpowiedzi zadowalającéj. Czy historyja ta jest prawdziwa, lub nie, nie umiem powiedzieć; lecz wynika z niéj przedewszystkiém wskazówka dla was, panowie: nie śpijcie podczas wykładu.“

Ω W Würzburgu zawieszono w sprawowaniu urzędu pewnego katolickiego proboszcza, który utworzył u siebie prawdziwą klinikę stałą i ruchomą, w któréj leczył mnóstwo chorych łatwowiernych według metody hr. Cezara Matteiego.

Ω Rada szkolna w Lipsku postanowiła porzucić dotychczasowy system ogrzewania szkół za pomocą powietrza. Sposób ten w wielu względach okazał się nieodpowiednim. Powietrze zostaje pozbawioném w znacznéj części wilgoci, skutkiem tego uważano u dzieci wzmożenie się pragnienia, czasem w wysokim stopniu, często ból głowy, zawrót itp. objawy, które po przechadzce na świeżém powietrzu ustępowały.

Ω Dr. Mial zaleca jako niezawodny środek przeciw nieukojonym wymiotom ciężarnych sulfofenolan sodowy w dawce 0·30 do 0·50 w 20grm. wody dziennie. *(Allg. med. Centr. Ztg.)*.

Ω Państwo Saint Paul w Paryżu wyznaczyli w roku zeszłym 25 tysięcy nagrody za najlepszą pracę o leczeniu dyfteryi a właściwie za wynalezienie środka przeciw dyfteryi. Akademija jednak lekarska paryska nie przyznała nagrody żadnéj z nadesłanych prac, przeznaczyła tylko Drowi Leloirowi 500 franków jako „Encouragement“ w dalszém poszukiwaniu nad istotą i powstawaniem błon wrzekomych dyfterytycznych.

Ω Franklin H. Martin poleca bardzo gorąco za przykładem angielskich lekarzy w Londynie Drów Ringera i Russela Kalium hypermanganicum w różnych zboczeniach miesiączkowania. Martin widział często, że u osób, u których już od dłuższego czasu trwał brak miesiączki uporczywy po podaniu nadmanganezianu potasowego, w krótkim czasie występowała regularna miesiączka. Na odwrót znów w obfitych krwotokach miesiączkowych po podaniu nadmanganezianu potasowego menstruacyja stawała się prawidłową. Martin podaje ten lek raz lub dwa razy dziennie w kilka godzin po jedzeniu po 0·12 w wodzie gorącéj lub w torebkach gelatynowych. *(Allg. C. Ztg.)*.

Ω Jak wiadomo przyczyną aktynomykozy są grzyby, które rozmnażając się w ciele wywołują rozległe ogniska ropne, głównie w kościach i jamie opłucnéj. Dotąd wiedziano, że grzyby te sprawiają takie same zmiany u niektórych zwierząt domowych, szczególniéj u bydła rogatego, zagadką jednak jest nierozwiązaną, zkąd one przenoszą się na człowieka. H. C. Duncker, weterynarz miejski w Berlinie, podaje w pierwszym numerze lutowym *Zeitschrift für Microscopie und Fleischschau* że niewątpliwie udało mu się wykryć grzyby w mięsie świń. Nie wywołują one tutaj tak wybitnych zmian i łatwo można je przeoczyć przy powierzchownem oglądaniu mięsa. Należałoby więc, aby urzędnicy sanitarni, którym powierzono badanie drobnowidowe mięsa, zwracali zarówno jak na inne pasorzyty także i na te grzyby baczną uwagę.

Ω Z powodu wybuchu epidemii ospy w warsztatach towarzystwa akcyjnego „Weser“, zajmujących się fabryką maszyn parowych i parowców polecono rewakcynacyję. Z 1300 robotników szczepionych podległo 170 żółtaczce. Choroby téj zaś uniknęły wszystkie osoby nieszczepione. Po wykluczeniu wszystkich możliwych przyczyn dziwnéj téj epidemii pozostaje tylko przypuścić, że jedyną przyczyną żółtaczki mogła być limfa używana do szczepienia.

O *Nervi nervorum. The Lancet* donosi, iż Dr. Wiktor Horsley odkrył czuciowe włókna nerwowe i dotykowe w osłonce nerwów mięszanych a spostrzeżenia swe ma przedstawić na najbliższém posiedzeniu londyńskiego Tow. lek. Włókna nerwowe zaopatrujące naczynia krwionośne w osłonce nerwów opisali Sappey i Krause, ale dowód anatomiczny teoryi podanéj przez Marshalla o rzeczywistych *nervi nervorum* dotąd nie istniał.

* W Nrze 9 *Wiener allg. med. Ztg.* prof. Lambl w War-

szawie ogłasza rzecz o 12-letniéj dziewczynie, Maryjannie Kwietniownéj, rodem ze wsi Chroślanki w powiecie nowo-aleksandryjskim, która w guberuijach lubelskiéj i radomskiéj uchodziła za jasnowidzącą, a cierpiała wadę wrodzoną mózgową, porencefaliję.

* **Praga czeska**. W skutek zażalenia, że prof. Maschka wygłasza opinije swoje przy rozprawach ostatecznych wyłącznie w języku niemieckim, prezydent Sądu wyższego czeskiego rozporządził, aby odtąd w każdéj sprawie, w któréj obwiniony posługuje się językiem czeskim, protokół oględzin spisywano i orzeczenia ustne przy rozprawie wygłaszano również w języku czeskim.

* **Berlin**. Na posiedzeniu Tow. lek. w d. 13 lutego odbytém Virchow okazał fotografiję prastarego klonu jaworowego, stojącego dotąd na rynku wyspy Kos, pod cieniem którego, według podania, Hippokrates udzielał chorym rady swéj lekarskiéj. Olbrzymi ten klon, gałęźmi swojemi, opierającemi się na słupach marmurowych, ocienia cały rynek. Fotografije uskutecznione zostały przez ekspedycyję austryjacką, która przed kilku laty wyspę zwiedziła w celach naukowych. (*W. allg. med. Ztg.*)

* **Odznaczenia**. Rodak nasz Dr. Kłodzianowski w Kairze otrzymał krzyż kawalerski orderu Franciszka Józefa. Jak w swoim czasie donosiliśmy, Dr. Kł. odznaczył się podczas ostatniéj cholery w Egipcie grasującéj. — Radzca dworu prof. Widerhofer w Wiedniu otrzymał krzyż komandorski belgijskiego orderu Leopolda. — Docent prywatny Dr. Zülzer w Berlinie i Dr. Bardenheur w Kolonii otrzymali tytuł profesora. — Prof. anatomii patolog. w Insbruku Schott otrzymał tytuł radzcy rządowego. — Prof. medycyny sądowéj we Wiedniu, Dr. E. Hofmann, w uznaniu zasług piśmienniczych i nauczycielskich otrzymał order korony żelaznéj 3éj klasy.

* **Nekrologija** D. 20 lutego r. b. umarł w Działoszycach Dr. Henryk Steuermark w 50 roku życia. Urodzony w Krakowie, przezwyciężywszy wielkie trudności i zwalczywszy przesądy religijne po złożeniu świetnego egzaminu wstąpił do klasy 6éj gimnazyjum św. Anny, które ukończywszy jako uczeń celujący z równą gorliwością przykładał się do nauk lekarskich w Uniw. Jagiell. Uzyskawszy stopień doktorski w r. 1860 przeniósł się do Król. Polskiego a otrzymawszy w Warszawie ponownie stopień doktora osiadł w Działoszycach, gdzie przez lat 24 cieszył się zaufaniem miasta i okolicy. Napisał on kilka rozpraw, umieszczonych w Przeglądzie Lek.; zostawia wdowę i kilkoro dzieci, z których syn najstarszy wszedł w ślady ojca i kończy obecnie nauki lekarskie w téj saméj, co ojciec, szkole. Nieboszczyk był jednym z najlepszych uczniów Dietla i posiadł rozległe wykształcenie ogólne, własną pracą i zasługą nabyte. Niestety niedługo używać mógł owoców téj swojéj pracy; żmudne zajęcie lekarza na prowincyi praktykującego nabawiła go wady, któréj uległ w sile wieku. Cześć pamięci zacnego Kolegi!

W Gleichenbergu umarł tameczny znany lekarz zdrojowy Dr. Hans-Hausen w 55 roku życia. — W Kazaniu umarł d. 4 lutego, tameczny profesor psychijatryi i dyrektor zakładu dla obłąkanych Dr. Aleksander Frese, znany także w piśmiennictwie niemieckiém.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr 8: Łuczkiewicza: O zawiłości klinicznych form chorób mózgowych; Tymowskiego: Przyczynek do leczenia gruźlicy. (dok.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 8: Matlakowskiego: Dwa przypadki wycięcia kości piszczelowéj za pomocą osteotomii Stolla; Adamkiewicza: O ucisku mózgu.]

Redakcyja otrzymała:

Dr. M. KAUFMANN (w Maryjenbadzie): Otyłość chorobowa i leczenie téjże w Maryjenbadzie Kraków 1884 in 8vo str. 44.

Protokoły zasiedanii Dynaborskago medicinskago obszczestwa za 1882/3 grdy. Dynaburg 1884, in 12 str. 120.

CHAUZEIX: Le Jequirity, son emploi en ophthalmologie. Thèse pour le doctorat en médecine, Paris 1884, in 8vo str. 121.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 5 marca o godz. 6téj w sali Akademii Umiejętn. posiedzenie zwykłe, na którém odbędą się wykłady, które nie przyszły do skutku na ostatniém posiedzeniu.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 8 marca 1884. № 10. Rok XXIII.

I. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

Przyczynki do Chirurgii.

XII.

Pierwotny rak cewki moczowéj.

Podał Dr. Rudolf Trzebicky,

asystent tejże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 9).

Ze spostrzeżeń kazuistycznych znaną jest rozprawa Schustlera (*W. med. Woch.* 1881, Nr. 5), dotycząca przypadku obserwowanego w prosektoryjum prof. Chiarego w szpitalu Rudolfa we Wiedniu. Historyja tego przypadku jest następująca: Mężczyzna lat 72 liczący, przed têm według swego podania zupełnie zdrowy, zgłosił się do szpitala z prośbą o przyjęcie z powodu utrudnionego nader oddawania moczu i z powodu znacznego bolesnego obrzęku na międzykroczu. Badanie wykazało tamże ropień zawierający ropę zmięszaną z moczem a za pomocą cewnika można się było przekonać, że w części opuszkowéj cewki znajduje się dość znacznéj wielkości jama. Chory niebawem umarł a przy sekcyi znaleziono pęcherz napełniony moczem ropnym, gruczoł krokowy nieco powiększony, a na saméj granicy pomiędzy opuszką a błoniastą częścią cewki jamę wielkości jaja kurzego. Ściany jamy twarde, nierówne, na przekroju białawe. Ujście cewki moczowéj do téj jamy także nader nierówne o brzegach twardych. Od dołu sterczała do wnętrza téj jamy zposokowaciała opuszka cewki. Reszta ciała jamistego cewki w otoczeniu téj jamy również w znacznéj części zniszczona. Od góry częściowo i ciała jamiste prącia były zajęte (w naszym przypadku zupełnie zdrowe). Badanie mikroskopowe dało zupełnie podobne obrazy jak i w naszym przypadku, tylko że Schustler znalazł liczne bardzo ciałka perliste, których w naszym przypadku nie było. Nowotwór opisany bezsprzecznie był więc rakowcem, wychodzącym z błony śluzowéj cewki.

Ciekawy przypadek nowotworu rakowego cewki ogłosił Thiaudière (*Bull. de Thérap.* VII). U młodego człowieka można było w odległości 1½ cm. od ujścia zewnętrznego cewki wymacać guz twardy wielkości grochu wrastający ku cewce moczowéj, zatykający têm samém jéj światło do tego stopnia, że nie można było zwykłego zgłębnika metalowego przeprowadzić. Thiaudière przeciął całą żołędź i wypreparował ze ścian cewki guz „do raka podobny.“ Wyleczenie nader szybkie, ale téż i nader rychła recydywa. Ponowna operacyja do pierwszéj podobna, wyleczenie zupełne. Guzów wyciętych nie badano pod mikroskopem i tylko wejrzenie ich szarawe, twardość, liczne mocne zrosty z tkankami otaczającemi i skłonność do recydyw zniewalały do rozpoznania raka.

Thiersch (*Bericht über 102 Fälle von Epithelial-Krebs*) także wspomina o nowotworze cewki, który wyszedł z części krokowéj i rozrastając się zajął nawet część spojenia kości łonowych. Przypadek ten dotyczył starca 60-letniego. Nowotwór badany pod mikroskopem był rakowcem.

Billroth (*Chirurgische Klinik in Zürich* 1860—1867 str. 346) wreszcie opisuje bardzo zajmujący przypadek nowotworu ciała jamistego cewki moczowéj, którego jednak niestety nie badano pod drobnowidem, tak, że sam Billroth nie oświadczył stanowczo, czy nowotwór był rakiem czy téż mięsakiem. Mężczyzna 50 lat liczący od 7miu miesięcy doznawał trudności śród oddawania moczu. W środku prącia można było wymacać stwardnienie na 1½ cm. długie, dające podobne uczucie, jak gdyby świeczka twarda stale znajdowała się w cewce. Podobne drugie stwardnienie znajdowało się nieco powyżéj. Wprowadzenie cewnika było nader trudne. Po niejakim czasie można było wymacać przez kiszkę stolcową podobne obrzęki w tylnéj części cewki. Leczenie przeciwkiłowe nie odniosło żadnego skutku. Wśród dalszéj obserwacyi wystąpił obrzęk gruczołów pachwinowych a wreszcie zatrzymanie moczu i śmierć. Przy sekcyi znaleziono w płucach, na opłucnéj, w wątrobie i pę-

cherzu moczowym drobne szarawe guzki. Gruczoł krokowy powiększony był zasiany mnóstwem tych drobnych guzków; część błoniasta cewki była objętą dokoła jamą, wypełnioną ropą. W ciałach jamistych znaleziono szarawe postronki twarde, grubości małego palca. Gruczoły pachwinowe i zaotrzewnowe obrzękłe, twarde, na przekroju białawe.

Podobnym jest przypadek obserwowany przez Alberta (*l. c.*) u chorego ze zwężeniem cewki moczowéj po rzeżączce. U chorego tego na miejscu zwężenia można było wyczuć wyraźny twardy obrzęk, obejmujący do koła cewkę. Równocześnie przechodził tu nowotwór na kości miednicy i zajął także gruczoły pachwinowe.

Guyon (*Annales des mal. des organes génito-urinaires 1883 Aout, Centralblt fr. Chirurgie 1883 Nr. 75*) w Paryżu obserwował dwa przypadki zwężenia światła cewki przez nowotwór rakowy saméj błony śluzowéj. Jeden dotyczył oficera 52 lat liczącego, który od 20 lat cierpiał na zwężenie cewki po tryprze. W ostatnich czasach oddawanie moczu w wysokim stopniu utrudnione. Badanie wykazuje zwężenie w części błoniastéj, drożne zaledwie dla cienkich kateterów. Usiłowania rozszerzenia powolnego sprowadziły znaczną bardzo reakcyję, w skutek czego musiano wykonać uretrotomiję wewnętrzną. Gdy po kilku tygodniach zwężenie cewki znów doszło do znacznego stopnia a równocześnie potworzyły się liczne przetoki na międzykroczu, wyskrobał Guyon wszystkie przetoki aż po samą cewkę bez otwarcia jednak téjże. (Podobnie postępuje Guyon często w przypadkach zwężeń cewki moczowéj z przetokami, i osiąga tą drogą dość znaczne polepszenie). Tkanki wyskrobane badane pod mikroskopem okazywały typowy obraz raka. Po téj operacyi zwężenie stało się znów drożném dla grubszych nawet cewników; chory jednak niebawem umarł a przy sekcyi wykazano głęboki wrzód rakowy w cewce moczowéj. Nowotwór przechodził w licznych miejscach na ciała jamiste; w gruczołach pachwinowych i w płucach były przerzuty. — Podobny zupełnie przypadek widział Guyon u chorego wiekowego, który także od lat kilkunastu cierpiał na zwężenie cewki moczowéj, prawdopodobnie powstałe po tryprze.

Grünfeld (*Die Endoscopie dr Harnröhre und Blase, Deutsche Chirurgie str. 193.*) badał za pomocą endoskopu pacyenta 59 lat liczącego, żalącego się na utrudnione oddawanie moczu i na ciągłe krwotoki z cewki, u którego badanie zapomocą zwykłych sposobów okazywało zwężenie cewki w części krokowéj i dość znaczny niejednostajny obrzęk gruczołu krokowego. Badanie za pomocą endoskopu wykazało w części krokowéj guz częściowo blado różowy, częściowo białawo żółty o powierzchni nierównéj, łatwo krwawiącéj. Jeżeli się brzeg tego guza nieco podniosło w górę, można było zobaczyć przed nim owrzodziałą błonę śluzową. Grünfeld rozpoznał w tym przypadku nowotwór rakowy, wrastający ku cewce moczowéj. Czy to jednak był pierwotny nowotwór cewki, czy téż gruczołu krokowego, trudno zdaniém mojém na podstawie tego badania powiedzieć, jedynie tylko dokładna obserwacyja w samych początkach albo może sekcyja byłaby w stanie tę kwestyę roztrzygnąć.

Z pomiędzy wszystkich przytoczonych tu przypadków przypadek ogłoszony przez Schustlera jest najpodobniejszym do naszego. Zarówno miejsce usadowienia jak wejrzenie nowotworu i wreszcie sposób szerzenia się były jednakie. Różnica jedyna byłaby chyba ta, że podczas gdy Schustler znalazł bardzo wyraźne ciała perliste, ja ich mimo najtroskliwszego badania znaleść nie mogłem: nowotwór opisany przez Schustlera był rakowcem, myśmy zaś mieli przed sobą raka gruczołowego.

Co do etyologii raka cewki moczowéj, to jest ona ciemną, jak w ogóle etyologia wszystkich nowotworów. Na podstawie znanych przypadków możemy tylko tyle powiedzieć że występuje zawsze u osób starych. Ciekawą jednak jest ta okoliczność, że w kilku przypadkach nowotwór rozwinął się tak jak i w naszym w miejscu dawnego zwężenia bliznowatego. Nie będzie nas to zresztą tak dalece dziwiło, jeżeli zważymy, że i w żołądku często rak rozwija się w bliźnie po zwykłym wrzodzie okrągłym że na podudziu punktem wyjścia raka często jest zwykły wrzód lub blizna po tymże albo czasem sekwester w kości, i że wreszcie rak żołędzi przeważnie powstaje u mężczyzn cierpiących na stulejkę, u których prawdopodobnie ciągłe zatrzymanie się moczu poza napletkiem stanowi pierwszą podnietę dla rozwoju nowotworu. Kto wie, czy mocz stagnujący poza zwężeniem bliznowatém cewki nie działa w podobny sposób?

Ze względu na przebieg zdaje się rak cewki być względnie dość łagodnym; miejscowo dopiero po długiém trwaniu stanowi znaczniejszą przeszkodę w oddawaniu moczu, gdyż szerzy się więcéj w obwodzie a wrasta tylko bardzo mało i bardzo wolno w światło cewki, na części sąsiednie przechodzi po dłuższym dopiero czasie i nie rychło prowadzi do przerzutów w sąsiednich gruczołach i odleglejszych organach.

Rozpoznanie tego cierpienia niestety dziś jeszcze przy zwykłych sposobach badania jest bardzo trudne. W początkach zwłaszcza nie znamy żadnych wybitnych różnic pomiędzy objawami wywołanemi przez zwężenie natury nowotworowéj a temi, które sprowadza zwykłe zwężenie. To téż najczęściéj rozpoznaje się dokładnie dopiero wśród operacyi wykonywanéj dla usunięcia zwężenia (a powinna nią być zawsze w podejrzanych przypadkach uretrotomia zewnętrzna), albo jeszcze późniéj, bo dopiero na stole sekcyjnym. Może być, że z czasem w miarę dalszego rozwoju endoskopii będziemy mogli i tu daleko wcześniéj na pewne rozpoznawać. Wczesne rozpoznanie choroby polepszy téż niewątpliwie i rokowanie, gdyż będzie można przystąpić już we wczesnych okresach do usunięcia cierpienia.

O leczeniu jednak może tylko wtedy być mowa, jeżeli część poza nowotworem jest jeszcze dla operacyi dostępną; gdyż tylko odcięcie zupełne części schorzałéj może dawać szanse wyleczenia zupełnego. Przypadki takie bowiem, jak przypadek Thiaudiere'a, gdzieby nowotwór rakowy dał się dokładnie wyłuszczyć i tym sposobem amputacyja mogła być zbyteczną, należą bezsprzecznie do wyjątków wśród wyjątków.

II. O wpływie dymu tytoniowego na ustrój ludzki i zwierzęcy.

Rzecz czytana na III Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w r. 1881.

Przez Dra **Tadeusza Żulińskiego** we Lwowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 9).

IX. Względy higijeniczne.

Wielkie rozpowszechnianie się tytoniu i bardzo rozmaite sądy o wpływie palenia i dymu tytoniowego na zdrowie ludzkie były dla nas główną pobudką do licznych spostrzeżeń i pracy niniejszéj.

Chcieliśmy pojęcia i zapatrywania nasze co do palenia, oparte na podstawie spostrzeżeń i własnéj praktyki zbadać, sprawdzić i stwierdzić lub odrzucić, abyśmy mogli z nich potém wyprowadzić i odpowiednio uzasadnić potrzebne wnioski, przepisy i rady higijeniczne nie tylko dla palaczy samych, ale i dla tych, który chociaż sami nigdy nie palą, zmuszeni przecież bywają nieraz przebywać i oddechać nawet zbyt długo powietrzem przepełnionêm dymem tytoniowym. Ażeby więc pod tym względem, jeżeli już złemu radykalnie dziś jeszcze zapobiedz nie jesteśmy w stanie, choć w części przynajmniéj stało się zadość, tj. ażebyśmy mogli wpływ niekorzystny palenia zmniejszyć lub usunąć, potrzeba koniecznie przedewszystkiém prostować i wyjaśniać błędne, fałszywe i niczém nieuzasadnione pojęcia i teoryje o paleniu tytoniu i jego skutkach, rozpowszechniane wciąż przez zwolenników i amatorów jego, a to aby upodobanie, przyzwyczajenie, namiętność i nałóg swój palenia usprawiedliwiać, uzasadniać i bronić mogli przed sobą i światem. Takie jednak pobudki w nauce w ogóle, a w szczególności w sprawach fizyjologicznych i higijenicznych, najmniéj zawsze zasługują na uwzględnienie i nie odznaczają się wcale bezstronnością, tyle tutaj niezbędną dla poznania i ocenienia prawdy. — W sprawach bowiem higijeny każdy błąd, każda nieprawdziwa teoryja i zapatrywanie, zastósowane do życia i wykonywane, musi się zawsze źle i niekorzystnie odbijać na zdrowiu naszém.

Otóż opierając się na podstawie powyżéj streszczonych spostrzeżeń i badań własnych co do palenia tytoniu, najchętniéj na czele uwag naszych powtórzyć możemy słowa znakomitego higijenisty Dra Oesterlena dawniéj już wypowiedziane: „że daleko lepiéj byłoby, gdybyśmy wcale nie znali tytoniu, który bądź co bądź jest zawsze szkodliwy dla zdrowia.“ „Wykreślenie go więc z naszego życia, „jak dodaje Pappenheim“ byłoby zawsze nader pożądaném,“ tém bardziéj że tytoń i palenie jego nie jest bynajmniéj ani potrzebą ani koniecznością, ani téż warunkiem zdrowia i życia człowieka, jak pokarm lub napój; więcéj bowiem przecie zawsze jest ludzi niepalących niż palących, którzy nie czują potrzeby tytoniu i nie używają go nigdy, a jednak żyją w fizycznêm i umysłowêm zdrowiu.

Szkodliwość palenia tytoniu nie opiera się zresztą wyłącznie, jak dotąd powszechnie mniemano, tylko na skutkach nikotynu znajdującego się zwykle w tytoniu, ale na wpływie i działaniu dymu tytoniowego w całości, który jak wiadomo dostając się do naszego ustroju przez jamę ustną (przez ślinę) i płuca, zawiera w sobie jak widzieliśmy i inne jeszcze składniki, które i bez nikotynu nawet na nas trująco i szkodliwie zawsze działają. — Szkodliwość ta staje się jeszcze tém większą i donioślejszą, że tak palący jak i niepalący po skończonêm nawet paleniu zniewoleni są oddechać jeszcze czas jakiś zanieczyszczonêm, tj. zadymionêm powietrzem swych mieszkań.

Widzieliśmy, że w składzie dymu tytoniowego co do jakości i ilości jego składników znaczne zachodzą różnice stósownie do tego, czy przystęp powietrza przy paleniu jest łatwiejszy czy trudniejszy, stósownie do gatunku liści tytoniowych, do sposobu fabrykacyi tytoniu, tj. odpowiednio do rodzaju ciał, t. zw. sosów tytoniowych, jakie dodane zostały przy fabrykacyi, lub stósownie do tego, jakie liście w miejsce liści tytoniowych podstawiono, tj. jakiemi tytoń zafałszowano.

Codzienne doświadczenia i przypadki przekonywają nas, że często ten i ów gatunek tytoniu, co do którego najdokladniejszy rozbiór chemiczny wykazał, że zawiera znacznie mniéj nikotynu od innego gatunku, okazuje się w praktyce silniejszym i więcéj trującym, niż gatunki t. zw. mocne, mające zawierać nierównie więcéj nikotynu. Niespodziewane te różnice niekoniecznie pochodzić mogą od gatunków różnych liści tytoniowych, ale i od fabrykacyi saméj. Powiada więc słusznie Pappenheim w swéj Policyi lekarskiéj: „że palimy tytoń, którego wcale nie znamy, bo w każdéj jego fabryce chemiczną stronę sosów zachowują w największéj tajemnicy.“

Ciągle i wszędzie wzmagające się spotrzebowywanie tytoniu i wzrastający z tém wydatek pieniężny sprawia, że coraz to nowe pojawiają się dodatki, poprawy i fałszerstwa tytoniu, które zmieniając i wpływając rzeczywiście na smak, woń i moc dymu jego, dawać mogą początek innym jeszcze wcale niespodziewanym objawom wpływu dymu tytoniowego na ustrój ludzki.

Tutaj otwiera się szerokie pole dla dostawania się i innych ciał do ustroju naszego, których wpływ na ustrój idzie zazwyczaj na karb działania znanych nam składników dymu tytoniowego.

Ze względów tak lekarskich jak i higijenicznych jest okoliczność ta niezmiernie ważną w ocenianiu różnych a często i niespodziewanych wcale objawów działania dymu tytoniowego.—Widzieliśmy z powyższych doświadczeń i spostrzeżeń, że im mniéj składników dymu tytoniowego dostaje się do ustroju i do powietrza, którém człowiek oddecha, tym i dym słabiéj téż na niego działa i mniéj mu szkodzi.

Ponieważ więc dym przepuszczany przez wodę pozostawia w niéj zawsze część swych składników, jakto przekonaliśmy się z doświadczeń, przeto palenie z fajek zwanych **nargilami**, używanemi na Wschodzie, gdzie dym zanim się dostanie do ust palacza przechodzi przez wodę, jest zawsze mniéj szkodliwym aniżeli palenie ze zwykłych fajek.

Wiemy także z doświadczenia, że w fajkach i w cybuchach używanych do palenia, zbiera się zawsze dość znaczną ilość t. zw. soku tytoniowego, który powstaje ze zgęszczenia się dymu tytoniowego. Sok ten, jak powyżéj widzieliśmy, należy do ciał działających gwałtownie i trująco tak na ustrój ludzki jak i zwierzęcy. Wniosek więc ztąd wynika bardzo prosty, że dym przez fajkę i cybuch dostający się do ust palacza działać musi i działa rzeczywiście znacznie słabiéj aniżeli dym, który np. z cygara pochodzi. Daléj badając cybuch po wypaleniu widzimy, że na całéj długości jego kanału osiada sok tytoniowy, im więc cybuch jest dłuższy, tj. im przez dłuższy kanał dym przechodzi, tém się go więcéj zagęszcza i osadza.

Doświadczenia téż nasze i spostrzeżenia stwierdziły, że palenie z fajki o długim cybuchu mniéj jest szkodliwém niż z fajki o krótkim, tj. zawsze słabiéj działa.

Ponieważ sok tytoniowy nie tylko się zbiera i osadza w fajce i w cybuchu, ale o ile się tylko da wsiąka także i w ściany i napaja je, przeto ze względów higijenicznych koniecznêm jest częste czyszczenie fajki i cybucha całego, a nawet ich zmienianie, albowiem jak doświadczenia przekonały, już samo powietrze wciągane przez taki cybuch nasyca się cząstkami dymu i szkodzi. — Znanym jest fakt śmierci dziecka skutkiem wydmuchiwania baniek mydlanych z cybuszka wymytego (*Deutsch. m. Woch.* 1878, Nr. 13). Fakt ten dowodzi najlepiéj, że cybuch ów był dobrze nasiąknięty dymem tytoniowym.

Ze względów higienicznych najgorsze do palenia są fajki gliniane, krótkie, powszechnie w Niemczech, Holandyi i w innych krajach używane. Łatwo przepełniają się one sokiem tytoniowym, a trzymane ciągle w ustach, oprócz ogólnych objawów działania najwięcéj przyczyniają się do występowania pleśniawek i raka na wargach.

Z tego cośmy o fajkach powiedzieli zrozumieć łatwo, że palenie cygar ze względów higienicznych jest daleko gorsze. dym bowiem cygara trzymanego w ustach nigdzie się nie ochładza, nie osadza i nic ze składników swych nie traci, tylko wprost dostaje się do przewodu pokarmowego i do płuc. Sok bowiem tytoniowy palonego cygara, chociaż się osadza w części cygara niepalącéj się jeszcze, późniéj jednak wraz z cygarem samém pali się także i tworzy dym.

Nadto przy paleniu cygar, cygaro przepełnione sokiem tytoniowym styka się bezpośrednio z błoną śluzową warg, ust i języka, przez co sok jego, mięszając się ze śliną i śluzem jamy ustnéj, dostaje się łatwo do przewodu pokarmowego.

Papierosy chociaż do ich robienia używa się zwykle słabych gatunków tytoniu, a nie bywają nigdy tak zbite jak cygara, łatwiéj więc palić się mogą, mając te same ujemne strony w paleniu co i cygara, tém się jednak od nich wyróżniają, że w nich z bibułki palącéj się wraz z tytoniem powstaje zawsze między innemi produktami spalenia i k r e o z o t nieprzyjemnego zapachu, działający bardzo ostro i szczypiąco na oczy palacza.

Ze względów higienicznych, aby zmniejszyć szkodliwość działania cygar i papierosów na ustrój, używa się różnego rodzaju cygarniczek, które nietylko, że oddalając palące się cygaro lub papieros od ust palacza, zmniejszają tém samém łatwość bezpośredniego działania dymu tytoniowego na oczy palacza, ale co ważniejsza usuwają także i bezpośrednie stykanie się cygara z ustami jego, tak że chociaż mniéj jak w cybuchu i w fajce dym tytoniowy w cygarniczkach osadza się równie, tj. zgęszcza się na sok tytoniowy. O tyle też i mniéj szkodliwie działa palenie cygara w cygarniczce, niż bez cygarniczki. Wiemy przecie z doświadczenia, że wszelkie cygarniczki równie jak cybuchy zanieczyszczają się zawsze sokiem tytoniowym. Należy więc czyścić je także i zmieniać koniecznie. Łatwo zrozumieć, że im cygarnica jest dłuższą, tém jest także i lepszą, bo więcéj się w niéj zagęszcza dymu tytoniowego.

Ze względów higienicznych przy paleniu tak fajek, cygar, jak i papierosów, z powodu gromadzącego się soku tytoniowego, bardzo jest wskazaném tak w cybuchach, jak i w cygarnicach umieszczać watę, w któréjby się zbierał dokładnie i zatrzymywał sok tytoniowy, a którąby można zawsze przed paleniem wyrzucać i zmieniać.

Wata umieszczona w papierosach nietylko że nie dopuszcza drobnych cząstek tytoniu do ust palacza, ale jak wiemy, napawa się też i sokiem tytoniowym, o tyle też i dym łagodniéj działa.

We Francyi używają niekiedy w tym celu z dobrym skutkiem waty napojonéj roztworem kwasu garbnikowego i dobrze wysuszonéj. Pochłania ona jeszcze lepiéj niektóre składniki dymu tytoniowego.

Wiadomo nam, że cygaro wypalone np. do połowy, a następnie zgaszone i po kilku dniach znów zapalone, wydaje się zawsze mocniejszém i rzeczywiście działa więcéj odurzająco. Jestto skutek przepojenia się cygara dymem, tj. sokiem tytoniowym. Odbywa się tu coś podobnego, jak moczenie liści nietytoniowych w odwarach i w sokach tytoniowych, dla nadania im charakteru, woni i mocy tytoniowéj. Liście bowiem tytoniowe napawane sokiem tytoniowym mocniéj zawsze działają przy paleniu niż same. Dla palaczy wynika więc ztąd ta higieniczna rada, aby nigdy do dna nie wypalali fajek, równie jak i cygar liściowych do końca, szczególnie paląc je bez cygarniczek. Te bowiem resztki tytoniu w fajce, i te resztki cygar, bywają zwykle bardzo przepojone sokiem tytoniowym, a więc są także i więcéj szkodliwe.

Wiemy jednakże z praktyki, że szczególnie nałogowi palacze najbardziéj lubią palić te resztki, bo są ostrzejsze i mocniejsze, a więc drażnią silniéj ich zmysły. Zachodzi tu coś podobnego jak u nałogowych pijaków, którzy przekładają często prostą wódkę i okowitę, nad dobre i wykwintne wina, bo te mniéj drażnią niż wódka. Sposób palenia tytoniu nietylko zależy od tego, czy się pali fajkę, cygaro lub papieros, w cygarnicy lub bez cygarnicy, z fajki na dużym lub krótkim cybuchu, ale jeszcze i od tego, jak się przy paleniu z dymem postępuje.

Jeżeli dym wciągamy ustami, i tylko do jamy ustnéj go wprowadzamy, i ztąd następnie wydmuchujemy, to sposób ten palenia mniéj jest szkodliwy dla zdrowia, aniżeli palenie z tak zwaném z a c i ą g a n i e m s i ę, t. j, wdychiwaniem dymu tytoniowego do płuc, i wydychiwaniem go następném. Ten drugi sposób jest nierównie szkodliwszym od pierwszego. Bo jakkolwiek człowiek wcale niezaciągający się, jak i ten także, który sam nie pali, a tylko przebywa w miejscu zadymioném, oddecha przecie zawsze powietrzem przepełnioném dymem tytoniowym, to przecie zawsze niemała istnieje różnica między bezpośredniém wprowadzaniem samego, ciepłego jeszcze, dymu tytoniowego, a powietrzem zadymioném. Przy zaciąganiu się nietylko dym silniéj działa na ciałka krwi w płucach, w skutek zawartego w nim tlenku węgla, ale działa i miejscowo silniéj na błony śluzowe jamy ustnéj, gardziela, krtani i oskrzeli, aniżeli ostudzony i z powietrzem zmięszany. Wysuszanie jamy ustnéj i gardziela, jakoteż pragnienie daleko bywa zwykle większe przy paleniu z zaciąganiem się niżbez zaciągania się dymem. Pamiętajmy bowiem, że dym tytoniowy wszędzie, gdzie się rozchodzi, zagęszczać się może i zagęszcza i zostawia swe osady. A więc i w płucach drażnić musi i drażni więcéj, niż przy paleniu zwykłém bez zaciągania się.

Ponieważ ustrój palącego wystawiony jest na działanie dymu nietylko tego, który wprowadza do jamy ustnéj i płuc przez zaciąganie się, ale i tego, który się mięsza z powietrzem miejscowości, w któréj człowiek pali, bo oddechanie ciągle odbywać się musi, łatwo przeto zrozumieć, że im powietrza czystego do oddechania w czasie palenia będzie więcéj, a dymu mniéj, tém i palenie samo będzie także dla ustroju mniéj szkodliwe. Dla tego też palenie w pokoju zamkniętym i nieprzewietrzanym daleko jest szkodliwsze dla zdrowia, aniżeli w pokoju dużym i dobrze przewietrzanym. A mniéj jeszcze szkodliwe na świcżém, wolném powietrzu. Dla tego też wiele bardzo osób paląc tytoń na świeżém, wolném powietrzu, nie doznaje nigdy tych objawów, jakich doświadcza zawsze paląc w mieszkaniu w zamkniętych pokojach. Przy ocenianiu więc skutków palenia tytoniu należy koniecznie pamiętać o tém, jestto bowiem wielka różnica truć się samym dymem, a truć się dymem i brakiem powietrza niezbędnego do oddechania. (Dok. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. J. Bizzozero i Dr. A. Torre: **O powstawaniu czerwonych ciałek krwi u różnych kręgowców.**

Już w r. 1881 objawił Bizzozero zapatrywanie, że podobnie jak u płodu, tak i u zwierzęcia dorosłego ciałka krwi czerwone rozmnażają się przez dzielenie, i że to dzielenie ma miejsce w szpiku kostnym. Wkrótce potém Peremeszko wykrył, że i we krwi krążącéj niektórych niższych kręgowców (*triton cristatus*, *rana esculenta*, *rana temporaria*, *bombinator igneus*) ciałka krwi czerwone można widzieć w okresie dzielenia się. — Obecnie obaj autorowie ogłaszają w obszerniejszéj pracy dalsze badania, których wyniki dają się streścić w następujących punktach:

1) U zwierząt kręgowych dorosłych ma miejsce ciągłe wytwarzanie się ciałek czerwonych krwi a to przez dzielenie się młodych tych ciałek.

2) U wszystkich zwierząt kręgowych znajdują się osobne narządy, które należy uważać za miejsce przeznaczone szczególniéj dla wytwarzania się nowych czerwonych ciałek krwi. Jako taki narząd służy u wyższych kręgowców, ssaków, ptaków, płazów bezogonowych szpik kostny; u płazów ogoniastych śledziona, u ryb prócz śledziony ów narząd miąższowy, który mniejszą lub większą część nerki zajmuje.

3) U płazów i ryb znajdują się we krwi krążącéj, podobnie jak u płodu, w mniejszéj lub większéj ilości ciałka czerwone krwi w różném stadyjum rozwoju, zawsze jednak w mniejszéj ilości niż w narządach, które uważać należy za ogniska tworzenia się ciałek krwi czerwonych.

4) Ta właściwość krwi, zbliżająca się do krwi płodowéj, występuje szczególniéj w razie częstych upustów krwi. (Virchowa Archiw Tom 95, z. 1). Ω.

Nowe badania nad ptomainami.

Les ptomaïnes. Recherches cliniques, physiologiques et médico-légales de J. Guareschi et A. Mosso de l'Université de Turin. Archives Italiennes de Biologie. Tome II, Fasc. III, Tome III, Fasc. II. Badania swe, na wielką skalę prowadzone podzielili autorowie na trzy części, z których pierwsza dopiero została ogłoszona.

Pierwsza część obejmuje badania nad rozczynnikami najwięcéj używanemi do wyciągania alkaloidów trupich, nad produktami mózgu gnijącego i włóknika krwi i nad ich własnościami chemicznemi i fizyjologicznemi. Część druga zawiera nowe poszukiwania nad gnijącym włóknikiem; trzecia zaś poświęcona jest poglądowi na rozwój historyczny nauki o ptomainach i uwagi krytyczne.

Co do płynów używanych w poszukiwaniu ptomainów, jakoto eteru, alkoholu etylowego, amylowego, benzyny i chloroformu, wykazują autorowie, że te w stanie, w jakim się w handlu znajdują, dość znaczne ilości pirydyny zawierają, która może dać powód do pomyłek. Z mózgu gnijącego otrzymali badacze, prócz dość znacznych ilości soli amonowych i trimetylaminu, małą tylko ilość ptomainu. Z gnijącego włóknika otrzymali za pomocą kilkakrotnie uskuteczanianych wyciągów chloroformowych podług A. Gautiera ptomain, którego skład badali i nadali mu formułkę $(C_{10}H_{15}NHCl.)_2P+Cl_4$ lub też $(C_{10}H_{13}NHCl)_2P+Cl_4$ i uważają go za izomeryczny z tetrahydromethylchinoliną.

Działanie fizyjologiczne ptomainów otrzymanych z mózgu zbliża się do działania kuraryny, jest jednak znacznie słabsze. Ptomain ten poraża końcówki nerwów ruchu, gdy mięśnie, nerwy czucia i ośrodki nerwowe pozostają prawidłowe. Wyciąg eteryczny działa znacznie mocniéj w tym przypadku, niżli rozczyn soli ptomainowéj w połączeniu z kwasem solnym.

Z świeżego mózgu otrzymywali ptomainy w większéj lub mniejszéj ilości, w miarę tego, czy do wyciągów używali kwasu siarkowego, lub też słabszego kwasu organicznego. Zauważyli, że po użyciu kwasu siarkowego otrzymywali dziesięć razy większą ilość ptomainu, niżli po użyciu kwasu winowego lub szczawiowego. Badania w tym kierunku robione wykazały, że ptomainy te tworzą się przy samém wyciąganiu przez działanie kwasu siarkowego na istoty białkowe. Z powodu tego usilnie powstają przeciw używaniu kwasu siarkowego, czyto w badaniach sądowych, czy też w pracach naukowych, dla uniknienia mylnych wyników. Sprzeciwiają się w tém Selmiemu, który zalecał i sam używał kwasu siarkowego, ze względu na łatwość wyłączenia go jako sól barową, w wodzie nierozpuszczalną. Również i Dragendorff tego kwasu używa.

Z świeżego mięsa wydobywali Mosso i Guareschi ptomainy bez użycia kwasów, zważywszy, że już mięso samo dostatecznie kwaśno oddziaływa dla obecności kwasu mlekowego i fosforanów kwaśnych. Ptomain, który w mięsie świeżém wykryli, był izomeryczny z metylhydantoiną wzoru $CO<^{NCH_3CH_2CO}_{NH}$, istotą, którą autorowie uważają za pośredni produkt między kreatyną i kreatyniną a mocznikiem i sarkozyną.

Część pierwszą kończą autorowie porównaniem dwóch metod używanych w celu wyłączania trucizn, a mianowicie Dragendorffa i Stasa-Ottona, przyznając pierwszeństwo ostatniéj.

Di una ptomaïna dotata delle principali proprietà della picrotossina. Nota del prof. Leopold Giacomelli. Lo Sperimentale. October 1883. Giacomelli wydobył z żołądka, wątroby, nerek, śledziony, serca i płuc ptomain zbliżony do pikrotoksyny. Ptomain ten krystaliczny, rozpuszczalny w eterze i w eterze octowym na gorąco różni się od pikrotoksyny tém, że gotowany z octanem ołowiowym zasadowym nie strąca czarnego osadu, jakto ma miejsce z pikrotoksyną. Zasada ta działa porażająco na nerwy czucia i ruchu, nie wywołuje jednak drgawek cechujących pikrotoksynę.

Über Fäulniss-Alkaloide. H. Maas (*Langenbecks Archiv f. klin. Chirurg.* XXIX, 3, 1883), wykazuje prawdziwość twierdzenia Selmiego, że największa ilość ptomainów tworzy się w początkach gnicia, późniéj ich ilość coraz się zmniejsza, jak również ich własności trujące. Za najodpowiedniejszy okres uważa autor 12 do 24 godzin, najwyżéj 48. Późniéj już coraz to więcéj ptomainy znikają. Do badań używał Maas mięśni ludzkich i wołowych. Poddawał je przez 12 do 24 godzin gniciu przy 25°C. Uskuteczniał wyciągi za pomocą eteru, alkoholu amylowego i chloroformu, do którychto rozczynników ptomainy przechodziły, w największéj zaś ilości do alkoholu amylowego.

Alkaloid wyciągany alkoholem amylowym wywoływał porażenie mięśni oddechowych, które poprzedzały skurcze sercowe i drgawki. W przypadku tym działają zabójczo tylko większe dawki; po miejscowych nawet groźne objawy szybko mijają.

Ptomain przechodzący do eteru z cieczy alkalicznéj działa zupełnie jak morfin; wreszcie ptomain otrzymany za pomocą chloroformu wywołuje objawy całkiem podobne do objawów następujących po zadaniu strychninu. *G. P.*

Fraenkel: **O wpływie urazów tępych na małżowinę uszną, z uwzględnieniem powstawania guzów krwawych** (*othaematoma*).

Tak pod względem sposobu powstawania, jakoteż pod względem anatomicznego umiejscowienia, różnią się jeszcze ciągle zapatrywania autorów na sprawę guzów krwawych małżowiny usznéj. Podczas gdy jedni (König, Virchow, Fischer) utrzymują, że wylanie krwi następuje pomiędzy chrząstkę i ochrzęstnę, twierdzi Tröltsch, że ma ono miejsce pomiędzy skórę i ochrzęstnę a Gudden, że wśród saméj chrząstki. Powstawanie téj zmiany przypisywali jedni wyłącznie urazowi, inni chcieli widzieć w chrząstce usznéj zmiany ogniskowe, pojawiające się najczęściéj u umysłowo chorych. Pośrednie stanowisko zajął w téj sprawie Virchow, przypisując urazowi znaczenie pierwszorzędne, przyznając jednak, że gdy chrząstka jest schorzałą, małżowina skłonniejszą jest do powstania guza krwawego. Nikt dotąd nie przedsiębrał doświadczeń na zwierzętach celem wyjaśnienia istniejących wątpliwości i dla tego podjął je autor na uszach królików. Jeżeli tylko udało się ochronić skórę od zadraśnięcia, wywoływał zawsze uraz tępy zmianę chorobową na małżowinie usznéj królika, podobną do guza krwawego u człowieka; nigdy nie przekonano się wśród tych doświadczeń, jakoby po lewéj stronie łatwiéj było wywołać tę zmianę aniżeli po prawéj. Aby dojść, o ile dawniejsze schorzenie małżowiny usposabia do wytworzenia się guza krwawego, narażał małżowiny królików na rozmaite inne szkodliwe wpływy, np. wstrzykiwał płyny drażniące lub przewlekał przez nie nitki i doszedł do przekonania, że małżowiny uszne przedstawiają podczas przebiegu sprawy zapalnéj nawet pewien stopień odporności na urazy tępe, tak że po nich może nawet rzadziéj powstaje guz krwawy. Badanie mikroskopowe wykazywało na preparatach zabarwionych złamanie lub zmiażdżenie chrząstki i świeżą sprawę zapalną w ochrzęstny. Na brzegach złamanéj chrząstki nie było nigdy widać dążności do nowo tworzenia się tkanki chrzęstnéj. Jak z tych doświadczeń wynika, nie tworzą się nigdy guzy krwawe natychmiast po zadziałaniu urazu tępego, lecz dopiero późniéj, czasem nawet dopiero po 24 godzinach. — W końcu zastanawia się F. nad leczeniem guzów krwawych małżowiny usznéj. Zgodnie z radą doświadczonych chirurgów nie radzi on uciekać się do rękoczynu chirurgicznego, a to z téj saméj przyczyny, z jakiéj nie zadaje się rany w miejscu złamania kości bez przedarcia części miękkich, aby złamania prostego nie zamieniać na komplikowane. Z doświadczeń wykonanych wynika przynajmniéj, że u królika następuje zawsze jednakowe zniekształtnienie małżowiny czy guz otwierano czyli też pozostawiono go samemu sobie. (*Archiv für path. Anat. von Virchow*, T. 95, 1884).

Dr. Schaitter.

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

II. Posiedzenie zwyczajne z d. 6 lutego 1884 r.

Przewodniczący kol. Kwaśnicki, członków obecnych 41.

(Dokończenie. Patrz Nr. 7).

Kol. Schram: Słów kilka co do zapadu. Zapadu nie możemy uważać za objaw zapalenia otrzewny, bo często uważamy zapad przy nagle powstałéj przepuklinie zewnętrznéj a przy operacyi przekonywamy się, że zapalenia otrzewny nie ma i śladu. Zapad więc występuje tam, gdzie ucisk jelita jest gwałtowny i gdym mówił, że zapad jest wskazaniem do laparotomii, to tylko w têm znaczeniu, że zapad jest tylko objawem bardzo silnego ucisku jelita, gdzie w skutek tego zgorzel grozi i z laparotomiją ociągać się nie można. Co do zapalenia otrzewny, to ono przeciwwskazaniem do wykonania laparotomii być nie może, bo są znane w literaturze przypadki, gdzie chory z niedrożnością jelit i zapaleniem otrzewny po operacyi wyzdrowiał, podczas gdy nie są znane przypadki, gdzieby chory z niedrożnością i zapaleniem otrzewny bez operacyi przyszedł do siebie. W przykrém znajdujemy się położeniu co do rozpoznania niedrożności jelit, ale z tego powodu sądzę, że tu mamy do pomocy cięcie dyjagnostyczne i muszę odpowiedzieć kol. Marsowi, że uważać je potrzeba za postęp chirurgii, jak każde *malum necessarium* które pokrywa nasze potrzeby. A więc cięcie próbne jest postępem. Dawniéj niktby się nie odważył prawie, bo śmierć była pewną, dzisiaj możemy się śmiało odważyć, a to jest wielkim postępem w chirurgii. Antyseptyka jest tu ważną i nią pomiatać nie można, ona największy wywarła wpływ na dobre wyniki laparotomii. Naturalnie znajdują się głosy odosobnione, które na antyseptykę nie kładą nacisku tak silnego. Kładą oni nacisk na nadzwyczajną czystość. Jeżeli mamy do dyspozycyi zakład hygienicznie urządzony, gdzieś w górskiéj okolicy, gdzie jest czyste powietrze, używamy wody źródlanéj, przestrzegamy czystości mieszkania i sukien, tam bez gwałtownych środków antyseptycznych obejść się możemy, ale to postępowanie jest właściwie aseptyczne. Z przyczyn wyżéj wymienionych cięcie dyagnostyczne jest usprawiedliwioném têm więcéj, że symptomatologija dotychczasowa dla przypadków ostrych, gdzie choremu grozi niebezpieczeństwo bezpośrednie, jest mało zbadana. Tu każdy musi być dozwolony środek, bo lepsze jakiekolwiek lekarstwo, niż żadne.

Kol. Mars: I ja jestem stanowczo za têm, aby robić laparotomię we wszystkich przypadkach rozpoznanéj niedrożności, jestem za têm, aby operacyja ta wykonana była jak najwcześniéj. Sam powiedziałem, że jako pochopny do noża boję się o siebie, a mówiąc to, wspomniałem o przypadkach ostrych a nie chronicznych. W przemówieniu rozchodziło mi się o cięcie próbne. Kwestyję tę znałem ze stanowiska ginekologicznego, a chciałem w dyskusyi poznać ją w przypadkach ostrych. Otóż naturalnie tam, gdzie zachodzi kwestyja życia (jak w przypadku kol. Obalińskiego), gdzie chory jest *in ultimis* a przynajmniéj grozi mu niebezpieczeństwo, gdzie trzeba go ratować, tam cięcie próbne powinno być zrobione. Ale zgadzając się w zasadzie na cięcie próbne, sprzeciwić się musiałem kol. Mikuliczewi, który powiedział, że w obec tego, jak dziś antyseptyka stoi, możemy uważać operacyję tę za dość łagodną, ja ją uważać muszę za ciężką i dla tego żądam wskazań. Dziś odpowiedziano mi na to: jest to rzeczą niemożebną. Bardzo dobrze. Nie możemy jeszcze mieć dostatecznych wskazań, ale dążmy do nich, dążmy do tego, aby dyjagnoza była pewną a ścieśnijmy tymczasem możność jéj wykonywania. Co do zdania kol. Schrama, że operacyja ta jest postępem w chirurgii, to jest ona naturalnie tam postępem, gdzie była potrzebna, w przeciwnym razie wątpię, ale aby taką była, potrzeba pewnych ograniczeń. Każda treść potrzebuje formy, tak samo operacyja musi mieć definicyję i wskazania, a jeżeli będzie postępem, uwierzymy w nią jako w postęp. Co się tyczy antyseptyki, to ja jéj nie lekceważę, cenię ją wysoko. Wypowiedziałem zdanie, że antyseptyka gdziekolwiek indziéj, w każdéj innéj operacyi chirurgicznéj działa wiele, tu zaś w zupełności na nią spuścić się nie możemy. Tam gdzie się *in continuo* operuje, gdzie miejsce za miejscem możemy desinfekcyjonować, tam możemy zaufać antyseptyce, inne jednak mamy warunki przy otwarciu jamy, gdzie powietrze wszędzie się dostaje, podczas gdy wiele miejsc dla nas jest niedostępnych. Przemówienie więc moje pierwsze miało inny cel, aniżeli osiągnęło, ja żądałem odpowiedzi na pytania: 1) jaka jest definicyja téj operacyi, kiedy jest próbném cięciem, a kiedy operacyją, 2) żądałem wskazań a 3) poruszyłem stronę moralną: kto ją ma wykonywać. Co do pierwszego i drugiego nie odpowiedziano mi dostatecznie. Muszę się zadowolić têm, ażebyśmy się starali, abyśmy mogli jak najlepiéj rozpoznawać. Co do strony moralnéj, to przypomina to pewną operacyję w położnictwie, mianowicie wzniecenie sztucznego poronienia. Wzniecenie poronienia jest w stanie podjąć lekarz każdy na prowincyi, ale dla ważności i doniosłości téj operacyi przyjęto u nas, że operacyja ta tylko *ex consilio* może być wykonaną, i

lekarz taki, który bez świadków, rozumiejących się na rzeczy, wykona tę operacyję, może być pociągnięty do odpowiedzialności. Mnie więc szło o to, jak ja mam przyjąć tę operacyję i chcę wiedzieć, w jakich warunkach mnie i innym lekarzom praktycznym wolno ją robić.

Kol. Paszkowski zwraca jeszcze uwagę na to, że podniesienie ciepłoty nie jest koniecznèm w zapaleniu otrzewny, bo zapalenie otrzewny, nawet ostre, może przebiegać bez znacznego podniesienia ciepłoty i przeglądając odpowiednie przypadki znalazł, że takowa dochodziła do 38°C., często 37 i kilka dziesiętnych. Podniesienie ciepłoty ciała w ogóle jest tylko jednym z ważnych objawów gorączki, ale nie wyłącznym; nawet z podniesieniem tętna, (które jak wiadomo często jest w niestosunku do wysokiéj ciepłoty ciała), nie stanowi jéj cechy wyłącznéj. Wiadomo, że znane są ostre choroby zakaźne, w których podniesienie ciepłoty jest bardzo małe lub żadne, a przecież te przypadki mają przebieg bardzo ciężki i często kończą się niepomyślnie. Jak z jednéj strony niepodniesienie ciepłoty nie przemawia przeciw zapaleniu otrzewny, tak z drugiéj strony podniesienie temperatury wiele dopomaga do rozpoznania takowego.

Kol. A. Rosner: Kol. Mars niezupełnie wiernie oddał przemówienie kol. Mikulicza. Kwestyja bowiem była tak postawioną: W wszystkich przypadkach niedrożności, których rozpoznawać nie można, jeżeli choremu grozi niebezpieczeństwo, operacyja jest wskazaną. Samo się przez się rozumie, że tam, gdzie nie ma niebezpieczeństwa, żaden chirurg o operacyi nie pomyśli. Co się zaś tyczy wskazań w innych przypadkach, chronicznych, to nawet mowy nie było o tèm. To jest zupełnie nowa kwestyja. My musimy skończyć przedewszystkièm z pierwszą, t. j. czy się koledzy zgadzają na to, że w przypadkach wątpliwego rozpoznania niedrożności, gdzie jest niebezpieczeństwo życia, należy robić laparotomiję jak najwcześniéj, czy téż nie.

Kol. Mikulicz. Mnie się zdaje, że żądanie i zapytanie kol. Marsa jest słusznèm, tylko dziś jeszcze nie czas odpowiedzieć na wszystkie te pytania. Pyta się kol. Mars, kiedy cięcie dyjagnostyczne i w jakich warunkach jest wskazane? Musimy najprzód ocenić znaczenie samego cięcia próbnego. Znaczenie tego cięcia, względnie nowéj operacyi, stanowiącéj jeden z największych postępów chirurgii nowoczesnéj, o czèm zdaje się nikt dziś nie powinien wątpić, zależy najpierw od znaczenia cierpienia głównego. Byłoby np. niedorzecznością, gdyby chirurg chciał robić cięcie tylko na to, aby rozstrzygnąć, czy ma włókniak czy tłuszczak przed sobą, zatèm pytanie dla chorego zupełnie obojętne. Zawsze przypuszczam, że tam, gdzie mam robić cięcie dyjagnostyczne, mam do czynienia z chorobą ważną; chociaż mam przekonanie, że każde cięcie dyjagnostyczne, nie mogę powiedzieć bez żadnego, ale z minimalnèm niebezpieczeństwem jest połączone, to przecież uważam je za wskazane tylko tam, gdzie cierpienie pierwotne rzeczywiście jest ciężkie i zagraża życiu. Otwarcie jamy brzusznéj bez żadnego innego zabiegu wcale nie uważam za niebezpieczne, a przynajmniéj nie więcéj niebezpieczne jak przecięcie skóry i mięśni w innèm miejsc, rozumie się, jeżeli według zasad antyseptyki wykonane zostanie. Gdzie się zaś zaczyna większą operacyję a nie dokończy, tam niebezpieczeństwo większe, ale takiéj operacyi nie można już nazwać cięciem próbnèm. Muszę na to położyć nacisk, że kol. Mars mięsza pojęcia cięcia próbnego i niedokończonéj operacyi. Pierwsze jest względnie obojętnym zabiegiem, drugie może być znacznie niebezpieczniejsze aniżeli najcięższa operacyja dokończona. Nadto zważyć należy, że długość cięcia przez powłoki brzuszne jest co do ważności zabiegu obojętna. Zatèm nie wahamy się zrobić odrazu cięcia odpowiedniéj długości, zwłaszcza że otwór taki, przez który można wprowadzić 1 lub 2 palce, jak to przedstawia kol. Mars, byłby właściwie bez celu, gdyż wprowadzenie jednego lub dwóch palców z pewnością nie wystarcza do wyjaśnienia tak zawiłych stosunków, które wymagają cięcia próbnego.

Jeżeli przy jakiéjkolwiek chorobie mogłoby zajść pytanie co do usprawiedliwienia cięcia próbnego, to z pewnością nie może to mieć miejsca przy uwięźnięciach wewnętrznych. Przypuśćmy, że w przypadku inkarceracyi wewnętrznéj wynosi prawdopodobieństwo, że chory umrze bez operacyi 80%, (co mniéj więcéj odpowiada statystyce), a niebezpieczeństwo saméj laparotomii przedstawia w takim przypadku 4—5%, to ten stosunek wypada tak na korzyść operacyi, iż mamy wszelkie prawo wykonywać ją. Kol. Mars porównał operacyję tę ze sztucznèm poronieniem. Ja z tèm zgodzić się nie mogę, bo sztuczne poronienie jest operacyją, którą z jednéj strony każdy lekarz wykonać może, bez trudności i bez wielkiego aparatu, z drugiéj zaś strony przebieg po téj operacyi nie zawsze bezpieczny tak, że żaden akuszer nie może ręczyć za pewny wynik: przy prostéj laparotomii próbnéj, t. j. przy otwarciu jamy brzusznéj bez żadnego dalszego zabiegu operacyjnego, możemy zaś za pomyślny wynik z wielką pewnością ręczyć.

Jeżeli przy niedrożności kiszki mamy dać wskazania do cięcia dyjagnostycznego, to najważniejsza trudność przedstawia się przy rozpoznaniu. Mówiliśmy już kilkakrotnie, że rozpoznanie jest często tak niepewne, że dopiero sekcyja, a względnie operacyja, może wykazać obecność niedrożności i rodzaj téjże. Z tego powodu nie może chirurgija dać tu pewnych wskazań, jak akuszeryja, która jest więcéj wydoskonaloną gałęzią sztuki lekarskiéj. Proszę pamiętać, że cała ta sprawa jest jeszcze za młoda i może jeszcze za 20 lat nie będziemy mogli dać zupełnie pewnych wskazań, jak kol. Mars żąda. Gdybyśmy podali dziś już pewne wskazania, to mogłoby nam się zdarzyć jak Akademii francuskiéj, która odrzuciła nieraz pewną operacyję, którą po latach powszechnie przyjęto nie zważając na sąd Akademii. Rzecz taka nie da się rozstrzygnąć w towarzystwach, jestto zadaniem pojedyńczych badaczy i klinicystów, którzy na podstawie własnych doświadczeń i literatury, więc na podstawie nieomylnych faktów a nie jakiego widzimisię, sąd wydają. Przypominam sobie tu podobną rozprawę na Zjeździe chirurgów w Berlinie z roku 1879. Tam proponowano przez całą sesyję rozprawy tylko o raku, rozpoznaniu, rokowaniu, wskazaniach do operacyi tegoż. Wszyscy gotowali się z rozprawami, lecz na szczęście Billroth zapobiegł téj dyskusyi przekonawszy zebranych, że taka dyskusyja, która ma prowadzić do pewnych prawideł, nie ma celu, bo te wyniki więcéj będą polegać na subjektywnèm zapatrywaniu, aniżeli na niewątpliwych danych.

Dziś nie pozostaje nam nic, jak w każdym wątpliwym przypadku niedrożności kiszek na nowo się poradzić kolegów. Tak, jak kol. Mars powiedział, że istnieje w akuszeryi reguła, iż akuszer nie sam wykonywa *abortus* tylko *ex consilio*, tak rozumie się, że dziś i żaden lekarz sam jeden do wykonania laparotomii nie przystąpi i nie potrzeba na to jakiegoś przepisu. Kwestyja zaś, kto ma wykonywać tę operacyję, zależy od tego, o ile który lekarz sobie ufa, głównie zaś od tego, czy jest dość biegłym w chirurgii, a przedewszystkièm w antyseptyce. Z tego powodu nie mogę z góry powiedzieć, że ten lub ów kolega na prowincyi nie ma prawa, a inny ma prawo operować. Każdy musi sam siebie ocenić. Co się tyczy znaczenia antyseptyki w laparotomii, to wprawdzie stosunki nie są tutaj te same, co przy ranach innych. Jeżeli jednak kol. Mars twierdzi, że antyseptyka przy laparotomijach nie jest w stanie tyle działać co przy innych ranach, utrzymując, że przebiegu po laparotomii nie mamy tak w naszèm ręku jak przy innych operacyjach chirurgicznych, to się muszę temu stanowczo sprzeciwić. Stosunki są o tyle inne, że przy laparotomii i bez antyseptyki w sensie leczenia Listrowskiego możemy osiągnąć dobre wyniki. Dowodzą tego operacyje Spencera Wellsa, Keatha, Koeberlego i innych owaryjotomistów, którzy długi czas i bez antyseptyki mieli wyniki bardzo pomyślne. Wprawdzie musimy téż przyznać, że antyseptyka taka sama, jaka dla innych operacyj wystarczy, tutaj jeszcze sama przez się nie jest dostateczną. Cały szereg ostrożności musimy zachować jak najstaranniéj; musimy uwzględnić w każdym kierunku właściwości jamy otrzewnowéj, jak wielkiéj powierzchni rannéj. Jestto właściwie inny rodzaj antyseptyki, jeżeli kto przez antyseptykę rozumie tylko szablonę metody Listera. Zresztą kto z kolegów bardziéj zajmuje się tym przedmiotem, tego odsyłam do méj obszernéj rozprawy o tym temacie, ogłoszonéj przed 4ma laty w Archiwie Langenbecka. Nadmieniam tu tylko, że wykonać laparotomiję podług dzisiejszych zasad sztuki o wiele trudniéj niż jakąkolwiek inną operacyję i tutaj właśnie wchodzi w rachubę doświadczenie i wprawa operatora, jakotéż jego osobiste właściwości, t. j. pewien rodzaj pedanteryi. Nie ma może operacyi, któréj przebieg tak zależy od biegłości operatora jak laparotomija. Z tego powodu ta operacyja w ręku jednego jest zabiegiem prawie bez niebezpieczeństwa, w ręku innego staje się, jak się kol. Mars wyraża, zabiegiem ważnym i doniosłym.

Kol. Obaliński: Co się tyczy antyseptyki to kol. Mars zepsuł jéj trochę reputacyję, twierdząc, że antyseptyka wobec otwartych jam zupełnie nie wystarcza. Ja myślę przeciwnie, że to jest właśnie zasługą jedynie antyseptyki, że wobec niéj jest możliwe otwarcie jam i w ostatnich zeszytach czasopism lekarskich są sprawozdania z pracy Listera, w któréj tenże opowiada, że w 7miu przypadkach otwierał staw kolanowy dla zeszycia złamanéj rzepki i w wszystkich nastąpiło zgojenie *per primam*. To jest bardzo ważną rzeczą. Czy przed 12 laty odważyłby się kto zrobić to. Pewnie kol. Mars tak źle nie myślał, tylko w zapale powiedział za wiele. Jeszcze chcę zwrócić uwagę na dyskusyję pomiędzy kol. Schrammem a kol. Paszkowskim co do zapadu. Jeden i drugi ma słuszność. Bywają dwa zapady. Tam gdzie zapad występuje szybko, tam pochodzi od ucisku na jelita, gdzie zaś powoli występuje, tam pochodzi od zapalenia otrzewny.

Kol. Mars: Muszę odpowiedzieć kilka słów na zarzuty kol. Obalińskiego. Nie utrzymywałem wcale, że antyseptyka nie ma znaczenia przy otwarciu jam, mówiłem tylko, że antyseptyka z całą donioslością działa tam, gdzie operujemy *in continuo*; gdzie mamy ranę jak np. na nodze, tam możemy całą ranę okryć środkiem antyseptycznym i chirurg może śmiało powiedzieć, że jest panem rany, podczas gdy tam, gdzie otwieramy jamy, jak jamę brzucha itd., mamy bardzo wiele zaułków, gdzie dojść nie możemy, a powietrze się dostaje. Jeszcze raz nadmieniam, że nie wystąpiłem przeciw próbnemu cięciu, tylko żądałem jego definicyi i wskazań.

Kol. Mikulicz odpowiadając kol. Marsowi podaje, że we wszystkich operacyjach, gdzie otrzewna jest zdrowa, możemy tak samo panować nad jamą brzuszną, jak w innych operacyjach. Tylko przy wielkich ranach, które pozostają po wyłuszczeniu obszernych, poza otrzewną leżących nowotworów w małéj miednicy, tam dotychczas nie możemy zapewnić sobie przebiegu z całą pewnością. Przy prostém cięciu dyjagnostyczném nie widzi jednak różnicy od innych ran.

Kol. Kohn zwraca uwagę, że otwarcie jamy brzusznéj nie musi być tak błahą rzeczą, nieprzedstawiającą żadnego niebezpieczeństwa, za jaką je uważają koll. Schramm i Mikulicz, gdy tenże ostatni sam przypuszcza z saméj laparotomii 5% śmiertelności. Nie można więc kłaść operacyi téj na równi z innemi operacyjami, jak to kol. Mikulicz utrzymuje, gdyż nie 5, ale jedna śmierć wywołana przez lekarza już jest rzeczą straszną.

Kol. Mikulicz: Przedewszystkiém przypuszczałem w każdym przypadku o wiele większe niebezpieczeństwo z saméj choroby niż z laparotomii. Żaden chirurg nie podejmie bez ważnéj przyczyny téj operacyi. Co do 5%, to podałem tę liczbę tylko jako przykład a bynajmniéj nie jako datę statystyczną. Liczba procentu wypada bez porównania niżéj, tylko nie mogę na razie tego stosunku liczebnie oznaczyć. Zresztą miałem tu na myśli cięcie próbne w niedrożności kiszki, gdzie stosunki są z góry względnie niepomyślne. W innych zaś warunkach otwarcie saméj jamy brzusznéj dla nowoczesnego chirurga nie przedstawia się jako tak niebezpieczna operacyja.

2) Kol. Blumenstok przedstawia żołądki ludzkie z dwóch przypadków zatrucia sinkiem potasu.

Na têm posiedzenie zakończono. *Dr. Szymkiewicz.*

V. Listy z „Zachodniego kraju“.

I.

(Dokończenie. Patrz Nr. 9).

Mury uniwersyteckie w Wilnie grobowa cisza zaległa, a od kilku wieków nagromadzone zbiory i muzea w części poniszczono przez niedbalstwo, a w części rozproszono po świecie, które stały się własnością kilku Uniwersytetów, oprócz Akademii medyko-chirurgicznéj w Petersburgu, Kijowie, Charkowie i Kazaniu. Pozostało jako pamiątka dawnego naukowego życia w Wilnie Cesarskie wileńskie Towarzystwo lekarskie, na wzór którego inne w Rosyi zakładano, a prezesem jego przez długie lata był b. profesor Adam Ferdynand Adamowicz, zmarły roku zeszłego. Był on ostatnim z profesorów lekarzy i razem z tym jedynym, który pozostał w Wilnie, żył dawnemi wspomnieniami, pracował wśród swoich, a dla nadziei świetniejszéj karyjery nie porzucił rodzinnego miasta. Ze śmiercią jego umarła żyjąca kronika wileńskiego Uniwersytetu.

Po zamknięciu Uniwersytetu wileńskiego Cesarz Mikołaj I. dla mieszkańców zachodniego kraju na samym jego skraju nad Dnieprem otwiera wszechnicę św. Włodzimierza z czterema wydziałami: filozoficznym, przyrodniczo-matematycznym, prawnym i medycznym. Na profesorów na początku wezwano niemców i niektórych polaków z Krzemieńca i Wilna, których w części przeznaczono do Uniwersytetu nowootwierającego się, a w części do innych rosyjskich.

Uniwersytet kjowski nie posiadał ani téj powagi i znaczenia co wileński i mógł służyć wyłącznie tylko dla młodzieży 3 południowo-zachodnich gubernij i dla Małorosyi zadnieprzańskiéj. W tym roku wszechnica św. Włodzimierza obchodzi 50-letni jubileusz swego istnienia i do obchodu robi liczne przygotowania. Pół wieku istnienia wyższéj szkoły w kraju i obchód téj uroczystości w każdym razie poważnéj, bo przecież kilka pokoleń czerpało w niéj wiedzę, powinny zainteresować ogół i pozyskać szerszą doniosłość. A jednak nie widać, aby instytucyja nasza naukowa zrosła się z życiem prowincyi, aby z losem swym związała wspólne kraju interesy i cele i wywalczyła w społeczeństwie należne sobie stanowisko. Okrom puszczania w świat ludzi fachowych Uniwersytet powinienby, zdaje się, mieć jeszcze inne, nie mniejsze cywilizacyjne znaczenie, jako siewca światła i wszechstronnéj wiedzy, jako ognisko najwznioślejszych zadań moralnych, wywyższone po nad partyje, po nad zmienne koleje walk, prądów, namiętności chwilowych. Nim w swoim czasie będę mógł donieść o obchodzie jubileuszowym, dziś tylko powiem, że nie bndzi on powszechniejszego zajęcia, schodząc do rzędu świąt zamkniętych w szczupłém gronie profesorskiém. Nie będzie on na pewno świętem rodzinném dla nas w ogóle i dla wszystkich wychowańców, którzy przed nieszczęsnym rokiem 1863 czerpali wiedzę nad brzegami Dniepru, w warunkach odmiennych, a których po świecie rozprószyły burze; nie wezwani nie zasiądą oni do wspólnéj bratniéj uczty godowéj. Wszechnica naddnieprzańska odziedziczywszy w spadku po Uniwersytecie wileńskim świetną tradycyję nie umiała jéj uszanować i wedle niéj się rozwijać i utworzyła sobie oddzielne ideały.

Uniwersytet kijowski w ogóle przez czas swego istnienia przeżył dwa peryjody, jeden z nich stopniowego rozwoju aż do lat sześćdziesiątych, a drugi od tego czasu aż po dni nasze coraz widoczniejszego upadku. Sam charakter Uniwersytetu przez ostatnie lata o wiele się zmienił. Do r. 1862 polacy studenci stanowili $^2/_3$ ogólnéj liczby uczących się, od tego czasu zaś schodzą oni na plan ostatni i nie dochodzą 20%, którą to liczbę tylko przyjmują na Uniwersytet kijowski (a w innych zaś rosyjskich 10% na ogół wstępujących). Co do profesorów, to też w pierwszym peryjodzie istnienia Uniwersytetu widzimy profesorów naszych rodaków powołanych tu z Wilna i Krzemieńca, a których bezstronny dzisiaj opis jubileuszu tegorocznego powinienby złotemi głoski zapisać na cześć: jak Hreczynę, Zienowicza, Andrzejowskiego, Bessera, Daniłowicza, Jakubowicza, Mickiewicza, Mikulicza, Hołowińskiego, Korzeniowskiego i żyjącego dotąd zamieszkałego w Kijowie prof. Fonberga. Do ostatnich zaś lat był tu téż docentem chorób skórnych wychowaniec tutejszéj wszechni-

cy Dr. Ludwik Gorecki. Byli tu studentami znany historyk Al. Jabłonowski, Zygmunt Miłkowski (T. T. Jeż). Izydor Kopernicki, następnie prosektor anatomii tutejszéj wszechnicy, a dziś szerokiego rozgłosu antropolog.

Darujcie mi, że w pierwszym moim liście mimowoli poruszyłem tyle kwestyj nie wchodzących w zakres może pisma specyjalnie poświęconego sprawom lekarskim, ale chciałem pierwéj nim przejdę do właściwych spraw naszego stanu rzucić ogólny pogląd na stanowisko, jakie w kraju naszym zajmowały dwie najwyższe szkoły: dawna Wileńska i współczesna Kijowska.

Jan Iłgowski.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Ω Weterynarz miejski w Berlinie Hertwig ogłasza w *Berl. Communalbl.*, że od d. 1 kwietnia do końca września 1883 zabito w centralnéj rzeźni 44.130 wołów i 130.416 świń. Z tych było dotkniętych gruźlicą 1.681 wołów (3.89%) i 765 świń (0.74%). Zniszczono z téj liczby 67 wołów i 46 świń. Z pozostałych 1.614 wołów i 719 świń zniszczono tylko narządy gruźlicą dotknięte. Hertwig wnosi, że jeden mieszkaniec Berlina spożywał średnio w ciągu roku jeden kilogram mięsa ze zwierząt gruźliczych, prawdopodobnie bez szkody dla swego organizmu.

Ω „*Calcute Englishmann*“ donosi, że w ostatnich czasach Komisyja choleryczna niemiecka obserwowała 16 przypadków cholery. Badanie wody studziennéj dało rezultat dodatni. Mianowicie w jednym przypadku Koch stwierdził, że w wodzie studni, położonéj w okolicy szczególniéj epidemiją dotkniętéj, znajdują się prątki zupełnie takie same, jakie znajdowano u osób zmarłych z cholery w treści przewodu pokarmowego. (*Allg. C. Ztg.*).

Ω Według źródeł urzędowych zmarło w Berlinie od 11 listopada 1883 do 12 stycznia 1884 z dyfteryi 562, a zapadło na tę chorobę 1.424 osób. Otóż *Pharm. Ztg.* zapytuje, czyby raczéj nie było odpowiedniejszém wydelegować Komisyję dyfterytyczną w Berlinie samym, niż choleryczną posyłać aż do Indyj wschodnich.

Ω Tom. Robinson podaje w *The Brit. med. Journ.*, że udawało mu się sprowadzić szybkie wessanie wypociny opłucnowéj przez podawanie soli kuchennéj przy równoczesném wstrzymaniu się od używania napojów. Pacyjent dostawał co godzina łyżeczkę soli w kieliszku wody ciepłéj 60 grm. *Potio nigra.* Już zwykle w pierwszych dwóch dniach widziano znaczne zmniejszenie się wypociny. (*Allg. C. Ztg.*)

Ω Magistraty miasta Poznania i Tylży wniosły do Parlamentu petycyje, aby, podobnie jak w Alzacyi i Lotaryngii Rząd wydelegował Komisyję lekarską celem zbadania stosunków szkolnych pod względem higijenicznym, aby tym sposobem zawczasu zapobiedz karłowaceniu rodu ludzkiego skutkiem niewłaściwego wychowywania dzieci. Komisyja oświaty wniosła, aby Rząd uwzględnił obie petycyje, a Parlament wniosek ten przyjął.

Ω Dr. Jan Derves opowiada w jednym z amerykańskich lekarskich dzienników, że go zawezwano do dziewczynki 4-miesięcznéj z powodu krwotoku z części rodnych. Krwotok ten okazał się zwykłą miesiączką, która co 28 dni się powtarzała i trwała 4—5 dni. Gdy dziewczynka miała $2\frac{1}{2}$ roku, była już nadzwyczaj cieleśnie rozwiniętą a to pod każdym względem, sutki miały już wielkość małéj pomarańczy a wzgórek łonowy zaczął się już pokrywać włosami.

Ω W Wiedniu zawiązał się Komitet, celem zakładania szpitali dla dzieci skrofulicznych na wybrzeżu morskiém. Jako pierwsze miejsce na taki szpital przeznaczono Gradno w Iliryi.

Ω M. Girard ofiarował stowarzyszeniu Lugduńskiemu „*Association française pour l'avancement des sciences* 100.000 franków. Odsetki od tego kapitału mają być obracane na nagrody za najlepsze prace na temat o dawności plemienia ludzkiego pod względem formacyj geologicznych.

S t a t y s t y k a e p i d e m i j. W tygodniu od 17—23 lutego umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 48,2. Z ospy umarło 8 (7 z. t.); z odry 0 (1 z. t.); z płonicy 2 (3 z. t.); z błonicy 2 (1 z. t.); z duru brzusznego 2 (1 z. t.); z duru osutkowego 0 (1 z. t.); z gorączki połogowéj 0 (1 z. t.); z róży 1 (1 z. t.); z kiły 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 10 przypadkach ospy, 1 płonicy, 3 duru brzusznego. W tygodniu od 10—16 lutego umarły 2 osoby z ospy w Londynie. W szpitalach leczyło się 124, świeżo zapadło 29. W Wiedniu, Liverpolu, Petersburgu i Lizbonie umarło po 1, w Paryżu i Madrycie po 2, w Birminghamie 3, w Budapeszcie 4, w Murcyi 5, w Maladze 11, w Nowym Orleanie 16, w Rio de Janeiro 19, w Pradze 50, w Madrasie 84. Z duru osutkowego umarło w Odesie, Maladze i Granadzie po 1, w Madrycie 4, w Petersburgu 5. W Rio de Janeiro umarło z febry żółtéj 11. Z cholery umarło od 8—14 grudnia w Madrasie 26 osób.

S t a t y s t y k a ś m i e r t e l n o ś c i. W tygodniu od 10—16 lutego umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 43,8; w Warszawie 27,7; w Poznaniu 21,1; w Wiedniu 26,9; w Budapeszcie 30,1; w Pradze 38,6; w Tryjeście 40,3; w Berlinie 26,9; we Wrocławiu 28,3; w Gdańsku 24,5; w Mnichowie 28,4; w Dreźnie 26,7; w Lipsku 23,1; w Bazylei 20,2; w Brukseli 25,0; w Amsterdamie 27,5; w Hadze 24,1; w Paryżu 25,9; w Londynie 19,8; w Kopenhadze 20,6; w Stokholmie 27,2; w Chrystyjanii 24,7; w Petersburgu 40,0; w Odesie 28,5; w Rzymie 29,8; w Wenecyi 30,6; w Bukareszcie 31,2; w Madrycie 44,9; w Lizbonie 37,8; w Aleksandryi 33,4; w Filadelfii 25,1; w Rio de Janeiro 44,2; w Bombayu 29,4; w Madrasie 52,7. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 6 marca. Na posiedzeniu Tow. lekarskiego odbytém wczoraj przedstawił kol. K o p e r n i c k i cechy rasowe czaszek murzyńskich na dwóch okazach czaszek otrzymanych od Rogozińskiego z Afryki środkowéj. — Kol. P i e n i ą ż e k przedstawił sposób leczenia cieśni krtaniowéj za pomocą wprowadzania baloników elastycznych. — Kol. B a l i c k i okazał serca 4 samobójców, którzy zginęli w skutek zastrzelenia, a kol. W a l e n t o w i c z ciało, pochodzące z macicy kobyléj, co do istoty tego tworu zda sprawę na przyszłém posiedzeniu Towarzystwa.

* Prof. M i k u l i c z otrzymał zaproszenie od przełożonego sekcyi ginekologicznéj i położniczéj 8go Zjazdu międzynarodowego w Kopenhadze od 10—16 sierpnia r. b. odbyć się mającego, aby w sekcyi wspomnionéj zagaił rozprawy nad a n t y s e p t y k ą w o b e c l a p a r o t o m i i. Wezwaniu temu zaszczytnemu prof. Mikulicz nie omieszka uczynić zadosyć.

* Uniwersytet w Gracu wystosował do Ministerstwa Oświecenia prośbę, aby zaniechało odznaczania profesorów Uniwersytetu tytułem i charakterem radzców rządowych. Przyczyną tego przedstawienia jest okoliczność, że profesorowie i tak mają rangę radzców rządowych, nadawanie im więc tego tytułu nie jest właściwie dla nich żadném odznaczeniem.

* W korespondencyi z Pragi *W. med. Woch.* obrzuca błotem Wydział lekarski czeski i profesorów w jego skład wchodzących. Po Budapeszcie, Krakowie przychodzi koléj na Pragę, ale jak wycieczki szan. koleżanki w swoim czasie wcale nie zaszkodziły Węgrom i nam, a nawet dotąd *W. med. Woch.* z miłą chęcią zamieszcza artykuły profesorów, którym odmawia wszelkich zasług, dla tego tylko, że wykładają po węgiersku lub po polsku, tak zapewne i Wydział czeski z obojętnością i pogardą przejdzie do porządku dziennego nad wycieczkami tygodnika wiedeńskiego, którego pociski są całkiem nieszkodliwe, skoro *vana sine viribus ira.*

* *Pilulae Helvetissimae.* Na wystawie przemysłowéj w Kalkucie pomiędzy licznemi innemi wyrobami aptekarskiemi znajdują się i pigułki szwajcarskie. Nie są to pigułki zwykłe, lecz przyrządzone przez ściśnienie, a we wnętrzu ich umieszczoną jest drobna szkatułka grająca. Działają one czyszcząco, albowiem w ciągu pół godziny wywołują stolec bez boleści. W skutek ruchu robaczkowego jelit szkatułka grająca wprawioną zostaje w ruch i gra, zrazu *allegro*, następnie *crescendo* aż do *forte*, które jako *finale* zwiastowuje skutek pożądany. Na każdém pudełku podaną jest melodyja, którą szkatułeczka odgrywa a w téj mierze nie brak na odmianie. Chory połknąwszy taką pigułkę siada na fotelu a śród wesołych dźwięków walca strausowskiego lub melodyi Millöckera „*Ich habe sie ja nur auf*

die Schulter geküsst“ w zupełności zapomina, że zażył lekarstwo i że w ogóle jest chorym. Wynalazek to zapewne największy, jakim się nowsza farmacyja elegancka poszczycić może.

Humorystyczny ten opis czerpiemy z *D. med. Zeit.*; rozchodzi się tu o owe pigułki szwajcarskie, których skuteczność pochwalił był i Virchow, w skutek czego naraził się na niemałe przykrości.

* **Wiedeń**. Dyrektor szpitala powszechnego w Wiedniu Dr. Hoffmann wyjechał za dłuższym urlopem, a zastępuje go prym. Kolisko.

* **Berlin**. W dniach 21—24 kwietnia odbędzie się tu 3ci Zjazd klinicystów niemieckich pod przewodnictwem Frerichsa.

* **Wiadomości uniwersyteckie**. **Wiedeń**. O opróżniony po Zeisslu oddział chorób kiłowych w szpitalu powszechnym ubiegają się: prof. Auspitz i docenci: Finger, Grünfeld, Mrazek, Hebra, Vajda i Jarisch. — **Praga**. Prymaryjusz Neureutter przedstawiony został do nominacyi na prof. pedyjatryi w Wydziale czeskim. — Emerytowany radzca dworu baron Löschner niezadługo obchodzić będzie 50-letni jubileusz doktorski.

* **Mianowania**. Drowie Józef Bayer i Jan Csokor mianowani zostali zwyczajnymi profesorami w wojskowym zakładzie weterynarskim w Wiedniu.

* **Odznaczenia**. Docenci prywatni Froriep w Tybindze i Schottelius w Fryburgu otrzymali tytuł profesorów. — Frerichs, czyli jak go organ urzędowy pruski nazywa, „rzeczywisty tajny starszy radzca lekarski profesor Dr. Frerichs“, otrzymał szlachectwo pruskie po 25-letniém pełnieniu obowiązków nauczycielskich w Berlinie

* **Wiadomości osobowe**. Dr. Bronisław Longchamps syn mianowany został starszym lekarzem w armii czynnéj i pozostaje we Lwowie.

Stopień doktorów w. nauk lek. uzyskali w Uniw. Jagiell. pp. Henryk Tadeusz Halski z Tarnowa i Kazimierz Zgórski z Rozwadowa.

* **Nekrologija**. W Berlinie umarł tajny radzca lek. Dr. Frentzel.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr 9: Łuczkiewicza: O zawiłości klinicznych form chorób mózgowych (c. d.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 9: Heringa: Grzybica włoskowcowa; Adamkiewicza: O ucisku mózgowym (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Prof. LUDWIG i Docent MAUTHNER (we Wiedniu): Vortäuschung einer Arsenvergiftung. (Osobne odbicie z *W. med. Bl.* 1884), Wien 1884, in 8vo str. 12.

Dr. Mieczysław Dunin WĄSOWICZ: Farmakognozyja. Zeszyt 2 i 3ci. Lwów 1883 i 1884, in 8vo str. 70—180.

Dr. B. WICHERKIEWICZ (w Poznaniu): Fall von beiderseitigem Corneoscleraldermoid. (Odbicie z *Centralbl. f. pract. Augenh.* 1884) in 8vo str. 4.

Piśmiennictwo lekarskie. ROEMER F. Die Knochenhöhlen v. Ojcow in Polen. Mit 12 Taf. u. e. geograph. Karten-Skizze. gr. 4. Kassel, Fischer. M. 40.

SEMAL. Des psychonévroses dyscrasiques. 8. Paris, Delahaye et L. Fr. 2½.

SIREDEY A. Recherches sur l'anatomie pathologique de la fièvre typhoïde; lésions des organes lymphoïdes. 8. Paris, G. Masson. Fr. 2½.

SÉNAC H, Du traitement des coliques hépatiques. 2 éd. 8 Paris, J. Lechevalier. Fr. 4.

ARLOING, CORNEVIN et THOMAS. Du Charbon bactérien; charbon symptomatique et charbon essentiel de Chabert. Avec 1 planche. gr. 8. Paris, Asselin. Fr. 5.

BIRCHER Heinr. Der endemische Kropf u. seine Beziehungen zur Taubstummheit u. zum Cretinismus. Mit 3 Karten. Lex.-8. Basel, Schwabe. M. 8.

Dla członków czynnych Tow. lek. krak. i Tow. lek. gal. do Numeru dzisiejszego dołącza się: Sprawozdanie Rady zawiadowczéj Tow. lek. gal. za rok 1883.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

do L. 1408 ex 1884.
D. l. i d.

Ogłoszenie konkursu.

celem dostarczenia projektu na budowę nowego domu zdrojowego (Kurhaus) w o. k. Zakładzie zdrojowym w Krynicy.

W c. k. Zakładzie zdrojowym w Krynicy ma być wybudowany nowy gmach zdrojowy (Kurhaus) przeznaczony dla towarzyskiego użytku gości kąpielowych.

W celu pozyskania dla téj budowy odpowiedniego projektu w terminie nieprzekraczalnym do 1go Czerwca 1884 r. rozpisuje się niniejszém konkurs i zaprasza się do wzięcia udziału w tymże p. p. zawodowców budownictwa, zapewniając trzem autorom projektów, które jako najodpowiedniejsze uznane zostaną następujące nagrody, t. j.:

pierwszą nagrodę w kwocie	1400 zł. w. a.
drugą „ „ „	700 „ „ „
trzecią „ „ „	400 „ „ „

Program określający bliżéj warunki téj budowy i konkursu, tudzież dalsze inne wywody dotyczące stosunków lokalnych a odnoszących się do przedmiotu, o którym mowa, zasięgnąć można na cel powyższy w c. k .Dyrekcyi lasów i domen we Lwowie, gdzie takowe niezwłocznie wydawane będą każdemu zgłaszającemu zamiar wzięcia udziału w nadmienioném wypracowaniu konkursowém.

C. k. Dyrekcyja lasów i domen.

Lwów dnia 23go Lutego 1884.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 15 marca 1884. № 11. Rok XXIII.

I. O wycinaniu wrzodu twardego.

Napisał Dr. Fr. Danek,
lekarz pułkowy w Krakowie.

Zeissl jeszcze w trzeciém wydaniu swego dzieła o chorobach wenerycznych (część II, str. 46), wspomina, że wycięcie wrzodu twardego nietylko nie wstrzymuje wystąpienia objawów kiły drugorzędnéj, lecz że stwardniałość kiłowa rozwija się nawet ponownie w ranie przez cięcie zadanéj, na którąto okoliczność już Delpech zwrócił był uwagę. Nie wszyscy atoli syfilidolodzy podzielają to zapatrywanie, a późniejsze wycinania wrzodu twardego dowodzą, że pożądanemi są jeszcze gruntowniéj uzasadnione wyniki, co zresztą łatwo pojąć można, uwzględniwszy doniosłe znaczenie omawianéj kwestyi.

W ostatnich dwóch latach pojawiły się w literaturze liczne w tym kierunku ogłoszenia, z których pozwolę sobie przytoczyć kilka krótkich streszczeń.

Spillmann (w Nancy) ogłosił (*Annales de Dermatologie et Syphilographie* III, Nr. 3) wynik 8miu przypadków przez siebie operowanych nadmieniając, że w znacznie przeważającéj liczbie przypadków wycięcie nie wstrzymuje dalszego rozwoju choroby i że przypadki pomyślnie nawet przebiegające nie mogą przemawiać z wszelką stanowczością za korzystnym wpływem operacyi, gdyż nie zawsze występują po wrzodzie twardym ogólne objawy kiły, a wycięcie stwardniałości kiłowéj nie łagodzi wcale przebiegu choroby.

W. M. Sacharewicz (*Wracz*, 1882, Nr. 23) omawia 15 przez siebie wykonanych wycięć. Wybór jednak przypadków nie odznaczał się wcale starannością, metoda operacyjna nie była dostatecznie przeciwgnilna, a rozpoznanie nie zawsze opierało się na pewnych podstawach. Na 7 dokładniéj obserwowanych przypadków nie wystąpiła, zdaniem jego, w 2ch przypadkach kiła drugorzędna. Opierając się na tém spostrzeżeniu zaleca gorąco wycinanie wszystkich wrzodów twardych.

Haslund (*Utgeskrift for Laeger* 21 stycznia 1882) zestawia 150 znanych w literaturze przypadków i podaje, że w 50 przypadkach nie pojawiła się ogólna kiła. Wszelako i on uskarża się na niedostateczne, niedające się umiejętnie zużytkować podania wielu autorów. Z własnéj praktyki przytacza 24 przypadków wycięć stwardniałości kiłowéj, z pomiędzy których w 2 przypadkach otrzymał wynik dodatni i radzi wyciąć każdy wrzód weneryczny, jeżeli na to tylko siedziba pozwala. Metoda operacyjna jego nie pozostawia pod względem postępowania przeciwgnilnego nic do życzenia.

Angerer (Würzburg. *Berl. klin. Woch.*, 1882, Nr. 35) otrzymał z licznych przez siebie operowanych przypadków tylko w jednym dodatni wynik, nie wątpi jednak, że przez wczesne i staranne wycięcie można wstrzymać wybuch późniejszych objawów kiły.

Louis Julien (Paris. *Archiv of Dermat.* Vol. VIII, Nr. 3) wnosi na podstawie 5 swych przypadków, że zabieg operacyjny może wstrzymać wybuch kiły ogólnéj lub téż przynajmniéj jéj przebieg znacznie złagodzić.

Bunno (*Vierteljahrschrift f. Dermat. u. Syph.*, t. IX, str. 259) omawia 43 przypadków operowanych od r. 1878 w klinice w Würzburgu, z których trzy, wolne od obrzmień gruczołów limfatycznych, pomyślnie się zakończyły. Nadto w jednym przypadku, w którym obok stwardniałości kiłowéj wycięto obrzmiałe gruczoły pachwinowe, otrzymano również wynik dodatni. Na téj podstawie przemawia B. za rozszerzeniem operacyi w tym kierunku, w przekonaniu, że można w ten sposób poskromić częstość nawrotów choroby i złagodzić jéj przebieg.

Morrow (w N. Yorku) występuje przeciw wycinaniu stwardniałości kiłowéj, gdyż, zdaniem jego, nie przynosi ono choremu żadnéj korzyści a wcale nie odpowiada zasadom chirurgii konserwatywnéj.

Jak więc widzimy, nie zgadzają się nawet nowsi autorowie co do wyniku wycięcia wrzodu stwardniałego. Przy-

czyna tkwi może w tém, że nie wszyscy operowali według jednéj i téj saméj metody, że często ignorowano zasady przeciwgnilnego opatrywania ran, co naturalnie mogło być powodem leniwego gojenia się rany i wytworzenia się wielkich i zbitych blizn (Morrow), że daléj wywiady były czasem niedostateczne, a rozpoznanie nieuzasadnione należycie, a wreszcie późniejsza obserwacyja chorych rzadko kiedy dokładna, często nawet zbyt krótka.

Wobec tego więc pozostało do życzenia, aby po dłuższém, dojrzalém obserwowaniu chorych można było wydać sąd więcéj uzasadniony i rozstrzygnąć tę wątpliwą a tak ważną sprawę.

Nasze postępowanie przy wycinaniu wrzodów twardych było następujące. Operowano tylko wrzody usadowione na napletku. Tu bowiem zabieg operacyjny jest bardzo nieznaczny, podczas gdy wycięcie stwardniałości ze żołędzi jest już rzeczą mniéj dla chorego obojętną, dla tego operacyja ta mogła być dopiero wtedy usprawiedliwioną, gdybyśmy posiadali niezbitą pewność, że wycięcie wrzodu korzystny wpływ dla chorego mieć będzie.

Podczas przyjęcia chorego wywiadywano się o dzień zarażenia się i oznaczano siedzibę wrzodu, zachowanie się gruczołów w pachwinach, na karku itd. Rozpoznanie „twardego wrzodu" uzasadnione klinicznie stwierdzano zawsze jeszcze przez dokładne mikroskopowe badanie wyciętego wrzodu. Anatomiczny obraz mikroskopowy stwardniałości kiłowéj przedstawiał się w postaci nacieku drobnokomórkowego we właściwéj skórze (*corium*) i w warstwie brodawkowéj, w obszarze którego znajdowały się naczynia o ścianach zgrubiałych prawdopodobnie w skutek bujania komórek śródbłonkowych. We wnętrzu naczyń napotykano zazwyczaj przyściennie ułożone białe ciałka krwi, które tu i owdzie w tak znacznéj ilości się znajdowały, że zamykały zupełnie światło naczynia. Charakterystyczną cechę stwardniałości zdaje się stanowić tylko zmiana Heubnerowska ścian naczyniowych. Po zagojeniu się rany badał operowanego dotyczący lekarz co 8 dni ze względu na kiłę i notował wynik badania.

Operowano ściśle przeciwgnilnie, a mianowicie w każdym przypadku oczyszczono najprzód wrzód i członek dokładnie 5% rozczynem kwasu karbolowego i mydłem, narzędzia i ręce również tym samym rozczynem obmyto, szczypczykami haczykowatemi uchwycono wrzód i wycięto go z wielką częścią zdrowéj skóry, poczém odkładano oba narzędzia, aby zapobiedz możliwemu jeszcze zakażeniu przez nie rany. Ponieważ krwotok był zawsze nieznaczny, przeto zawsze zeszyto zaraz brzegi rany katgutem, oblano eterycznym rozczynem jodoformu i opatrzono. Obrzmiałych gruczołów pachwinowych nie wycinano, gdyż już teoretycznie nie można się było spodziewać pomyślnego wyniku ze względu na nieprawdopodobieństwo, aby można było wszystkie obrzmiałe gruczoły wyszukać i wyciąć; zresztą doświadczenie uczy, że tego rodzaju operacyje nie są wcale dla chorego obojętne.

Jakkolwiek sądzimy, że szereg naszych doświadczeń nie jest jeszcze ukończony, ponieważ jeszcze za mało mamy przypadków do oceny, a obserwacyja jest jeszcze nieco za krótką, pozwolę sobie przecież w krótkości skreślić dotychczas otrzymane wyniki.

1. Antoni Laurer, żandarm, zaraził się około 10 lipca, a przybył do szpitala 29 lipca. Wrzód twardy na napletku po lewéj stronie. Gruczoły pachwinowe szczególnie po lewéj stronie obrzmiałe i twarde. Wrzód wycięto 30 lipca, a pacyjent opuścił szpital jako wyleczony 10 sierpnia. W tym czasie blizna nie była twardą, a gruczoły, jak się zdaje, zmiękły. Według jego pisemnych doniesień jest dotychczas zdrów; ożenił się nawet w 9 miesięcy po operacyi, od czasu jednak ożenienia się nie dał o sobie jeszcze żadnéj wiadomości.

2. Wojciech Malach, żandarm, przybył do szpitala 12 sierpnia ze stwardniałością kiłową, datującą się prawdopodobnie od 3go sierpnia a usadowioną po lewéj stronie napletka. Gruczoły w pachwinie lewéj nieco obrzmiałe. Operacyja dnia 12 sierpnia. Rana zagoiła się przez rychłozrost w 6ciu dniach. 9go września przybył chory ponownie do szpitala a mianowicie z wysypką kiłową w postaci małych plamek. Blizna w miejscu wycięcia wrzodu była zupełnie miękka. Po 18 wcieraniach rtęciowych jest wolnym dotychczas od nawrotu choroby.

3. Jan Koziół, żołnierz 13 pułku piechoty, zaraził się około 5 sierpnia a przybył do szpitala 31 sierpnia. Wrzód na napletku. Gruczoły w obu pachwinach powiększone i twarde. Wycięcie stwardniałości 1 września. Rana zagoiła się częściowo przez rychłozrost. Blizna cienka i miękka. Wyszedł ze szpitala 20 września. Od 5 października do 31 października wysypka kiłowa plamista. Od 20 lutego do 5 marca kłykciny szerokie około odbytnicy.

4. Sroka zaraził się 10 sierpnia. Gruczoły pachwinowe małe, twarde. Operacyja 5 września. Rana zgoiła się doraźnie w 5ciu dniach. Od 9—31 paźdz. kiła drugorzędna w formie plam. 6go kwietnia kłykciny szerokie. Blizna zawsze miękka.

5. Franciszek Seidel, artylerzysta, zarażony 10 paźdz. operowany 21 paźdz. Gruczoły w obu pachwinach wielkości grochu i twarde. Rana zagoiła się 26 paźdz. przez rychłozrost, blizna miękka. Dotychczas nie było żadnego objawu kiły.

6. Kral zaraził się 1 listopada. Na napletku znajdują się 3 wrzody twarde. Gruczoły pachwinowe małe, twarde. 16go listopada obrzezanie, poczém okazało się, że chory ma również rzeżączkę. Rana zagoiła się tylko częściowo doraźnie 28 listopada. Blizna zupełnie miękka. 7 stycznia wysypka plamista kiłowa (18 wcierań). 27go marca i 9 czerwca pojawiły się jeszcze nawroty choroby. Od 30 lipca jest pacyjent zdrowym.

7. Ritter Jan, żołnierz 56 pułku piechoty, zaraził się około 20 listopada. Wrzód na napletku. Po obu stronach gruczoły pachwinowe wielkości grochu, twarde. Operacyja 4 grudnia. Rana zagoiła się przez ropienie 15 stycznia, blizna zupełnie miękka. Do końca grudnia 1883 nie można było wykazać ani śladu kiły mimo starannéj obserwacyi. Stan zdrowia bardzo dobry.

8. Michał Krupa, żołnierz 13 pułku piechoty, zaraził się 14 list. Wrzód na napletku. Gruczoły pachwinowe i karkowe bardzo twarde i obrzmiałe. Stwardniałość kiłową wycięto 3 grudnia. Rana zgoiła się doraźnie w 4ch dniach. Dotychczas nie pojawiły się żadne objawy kiły; gruczoły, jak się zdaje, są mniejsze niż dawniéj.

9. Czaczkes, artylerzysta, zaraził się 2 stycznia. Gruczoły pachwinowe i karkowe wielkości grochu. Wrzód na napletku wycięto 14 stycznia. Rana zagoiła się tylko częściowo przez rychłozrost w 15 dniach. 1go listopada poszedł do domu rodzicielskiego a najdokładniejsze badanie nie wykazało dotychczas ani śladu kiły, bliznę zaś trudno odnaleźć.

10. Ciuczka Jan, żołnierz 56 pułku piechoty, zaraził się około 3 maja. Wrzód na napletku. Wszystkie niemal gruczoły obrzmiałe. Operowano 21 maja. Rana zgoiła się

przez rychłozrost w 6ciu dniach. 1go lipca wysypka plamista, 18 wcierań. Od tego czasu żadnego nawrotu choroby nie było.

11. R. B., porucznik 9go pułku artyleryi, zaraził się 4 maja. Na napletku dwa wrzody. Gruczoły obrzmiałe. Na wewnętrznéj stronie napletka i na żołędzi liczne kłykciny kończaste, będące powodem stulejki tak znacznéj, że część napletka grozi zgorzelą. 22 maja obrzezanie. Gojenie się rany opóźnione z powyższych przyczyn. 25 czerwca drugorzędna kiła w postaci guzków, 24 wcierań. 10 sierpnia opuścił pacyjent szpital i jest dotychczas zupełnie zdrów. Blizna miękka.

Przy rozstrząsaniu powyższych przypadków uderza nas przedewszystkiém mała liczba chorych, operowanych z powodu twardego wrzodu w ciągu 17 miesięcy w porównaniu do dosyć znacznéj załogi wojskowéj w Krakowie. Okoliczność ta tłumaczy się w części tém, że mało jest wrzodów tak usadowionych, aby je można bez zranienia żołędzi wyciąć.

Cel operacyi byłby w zupełności chlubnie osiągniętym, gdybyśmy mogli brak wystąpienia objawów kiły jedynie tylko krwawemu zabiegowi przypisać. Na 11 operowanych przypadków pozostało 5 przypadków wolnych od kiły. Wyłączywszy nawet pierwszy przypadek, który się wcześnie uchylił od dalszéj obserwacyi, pozostają nam 4 przypadki wolne od kiły w ciągu 10—14 miesięcy. Wynik ten moglibyśmy rzeczywiście uważać za bardzo pomyślny, gdyby nie okoliczność, że po stwardniałości kiłowéj nie zawsze, jak wiadomo, występują ogólne objawy kiły i że kiła może przez jakiś czas w utajony przebiegać sposób. Ze względu atoli, ze utajony przebieg choroby nie zdarza się tak często, jakby to nasze przypadki wskazywały (na 11 przypadków 4 razy), musimy przyznać operacyi wpływ pomyślny na przebieg choroby. Stanowczo jednak rozstrzygnąć tę kwestyję mogą dopiero liczniejsze dokładne spostrzeżenia, bo materyjał dotychczas w literaturze znany odpowiada temu celowi w małéj tylko cząstce.

Powyższe przypadki, w których otrzymano wynik dodatni, operowano w 11 do 19 dni po zarażeniu się. Zawsze można było wykazać, że gruczoły pachwinowe były obrzmiałe: tych jednak nie wycinano. Gdybyśmy mogli o wiele wcześniéj przystąpić do operacyi, moglibyśmy się spodziewać wyników jeszcze może pomyślniejszych.

Czas leczenia wszystkich operowanych przypadków, bez wliczenia dwóch powikłanych, wynosił średnio 9·4 dni; co, jak widzimy, stanowi znaczną korzyść téj metody leczenia.

Roztrząsając przypadki, w których po operacyi kiła się pojawiła, widzimy, że występowała ona w 3—8 tygodni po operacyi, że w dwóch przypadkach wróciła choroba po razu, a w jednym nawet przypadku zauważono 2 nawroty choroby. Na téj podstawie nie możnaby wnosić, czy przez operacyję można złagodzić przebieg kiły, bo materyjał jest jeszcze za mały a czas za krótki. Stanowcze w tym względzie rozstrzygnięcie należy również do statystyki.

Brzegi rany były zawsze czyste nawet przy gojeniu się przez ropienie, a stwardniałości w ranie lub bliźnie nigdy nie można było spostrzedz, po upływie zaś kilku miesięcy trudno było delikatną a miękką bliznę odszukać. Wobec tego więc zarzut, że po operacyi pozostaje blizna niepodatna, nie jest wcale słusznym.

Doświadczenia nasze potwierdziły również zapatrywanie, że kiła w swych wczesnych formach nie ma wpływu na świeże rany u osób nieosłabionych.

II. Z kliniki chorób kiłowych prof. Neumanna w Wiedniu.

Przyczynek do zmian kiłowych w stawach, ścięgnach, pochewkach ścięgnistych i torebkach maziowych.

Napisał Dr. E. Finger,
docent i asystent kliniczny.

(Dokończenie. Patrz Nr. 9).

III. Dny kilakowe zawisłe są od więcéj zawikłanych stosunków. Dny kilakowe w tém znaczeniu, że się z błony maziowéj albo z torebki rozwijają pierwotnie kilaki, które bujając do samego stawu, jamę jego powiększają i wypełniają, są nam nieznane. Przypadki dotychczas znane dotyczą, jak oględziny wykazują, kilaków, które się rozwijają we więzadłach stawowych, we wiotkiéj tkance komórkowéj i tłuszczowéj, otaczającéj torebkę stawową, którym towarzyszą przewlekłe nacieczenia błony maziowéj z surowiczym naciekiem do jamy stawu, z bujaniem i tworzeniem się kosmków na błonie maziowéj, a dopiero późniéj sprawa kilakowa przechodzi na torebkę, a nawet sięga do stawu. Wszystkie te sprawy mają bieg przewlekły, rozwój i objawy różnią się w miarę tego, czy przeważa tworzenie się guzów lub surowicze zapalenie błony maziowéj. Tak więc w jednym przypadku otrzymamy obraz przewlekłéj dny narostowéj, a przy dokładniejszém badaniu znajdziemy guzy w torebce, ułożone na zewnątrz od niéj w jednéj lub drugiej kończynie stawowéj, podczas gdy w innych przypadkach wytwarza się niebolesny napięty obrzęk stawu, zwykle o powierzchni nierównéj, a sama jama stawowa zawiera wydzielinę, nieznacznie powiększoną. Wdarcie się guzów do jamy stawowéj zdaje się być dość obojętném. Jeśli się guz równocześnie na wewnątrz i zewnątrz otworzy, to prowadzi to jak w przypadku Coulsona do ropnego nacieczenia stawu przez otwarcie jamy stawowéj.

Dla uzupełnienia wspomnimy tu jeszcze o zmianie stawów, która wprawdzie nie jest chorobą odrębną, ale może się rozwinąć jako ostateczny wynik dny wywołanéj przez kiłę. Jest nią:

IV. Stężenie stawu (*Anchylosis*). Tak chroniczna przerostowa, jak i kilakowa dna, mają to wspólnego, że wywołują tworzenie się tkanki łącznéj. W ten sposób powstaje zgrubienie torebki, wiązadeł stawowych, tworzenie się nowych pasm tkanki łącznéj, które ciągną się od jednéj kończyny stawowéj do drugiéj. Im sprawa trwa dłużéj, tém bardziéj się kurczy się ta tkanka i wywołuje w ten sposób większe lub mniejsze utrudnienie, a nawet niemożliwość ruchów, powstaje więc tkankołącznowe, sprężyste stężenie stawu. Tworzenie się kostniaków na zewnętrznych członach kości, zmiany kształtu i budowy kończyn stawowych, mogą w przypadkach zapalenia okostny kończyn stawowych wywołać mniéj lub więcéj zupełne stężenie kostne, tak jak wreszcie zagojone wrzodzenia około stawów pozostawiając po sobie niepodatne, ściągające blizny, mogą wytworzyć stężenie wrzekome. Co się tyczy:

Kiły ścięgen i ich pochew; najodpowiedniéj jest rozróżniać dwie formy chorobowe, tj. zapalną i guzową.

Forma zapalna objawia się znowu ostro jako zapalenie pochwy ścięgna (*tendovaginitis*), jak np. w naszym przypadku 1-ym. Wśród objawów gorączkowych wytwarza się bolesny obrzęk, który powstał skutkiem zwiększenia się nacieku do pochew ścięgnowych. Jestto obrzęk bolesny, mniéj lub więcéj sprężysty, zaczerwienioną skórą pokryty, który

towarzyszy przebiegowi ścięgna. Ruchy są utrudnione, często niemożebne, śród nich można czuć i słyszeć często tarcie wywołane przez ocieranie się skrzepów włóknikowych, które się osadziły na ścięgnie i pochwie ścięgnowéj. W innych przypadkach choroba jest przewlekłą, którą nazwiemy:

Puchliną pochew ścięgnowych, a ta przedstawia się jako obrzmienie podłużne, zupełnie niebolesne, wyraźnie chełboczące odpowiadające przebiegowi ścięgna albo też jako obrzęk wrzecionowaty pokryty prawidłową skórą, przyczém często przez dotyk można rozróżnić wyraźne trzeszczenie. Forma pierwsza przechodzi w wyzdrowienie lub w formę przewlekłą. Ta ostatnia trudno sama przez się ustępuje, skutkiem szerzenia się procesu powstaje zgrubienie pochew ścięgnowych, nieustanne wzrastanie treści galaretowatéj, gęstéj i ciągnącéj się i jak przypadek M. Zeissla dowodzi, utrudnienie ruchów. Obie formy częstsze są u kobiet niż u mężczyzn a ulegają im głównie mięśnie prostujące palców u ręki i nogi mięsień dwugłowy, strzałkowy a rzadko zdarzają się na ścięgnach około stawu kolanowego (*Fournier l. c.*)

Zapalenie pochew ścięgnowych guzowe objawia się w kształcie guzów okrągławych albo wrzecionowatych, zwolna rozwijających się, niebolesnych, twardych w przebiegu sciegna, jak w naszym przypadku VI. Ustępują one pod wpływem leczenia przeciwkiłowego, w przeciwnym razie utrwalają się, przybierają wapno lub kredę, lecz na ciągłość ani na czynności ścięgna nie wpływają (Jullien). W innych jednak przypadkach ocieklina zajmuje części otaczające, przechodzi na pochwę ścięgnową, na jéj otoczenie, zajmuje skórę i może, rozmiękczywszy ją, utorować sobie drogę na zewnątrz, jak to nasz przypadek VI i jeden przypadek Neun'a (*Transact. of the patholog. Society London XVII 1866 pg. 537.*) wykazuje, w którym przez owrzodzenie w skórze wystąpiła narośl blado-żółta, wielkości $1/_2$ pomarańczy, należąca do ścięgna. Napotykamy je częściéj (Lancereaux) na długich ścięgnach, na ścięgnie Achillesa i mięśnia sprychowego. Najmniéj znane są:

Choroby kilowe torebki maziowéj. Keyes(*l. c.*) jedyny autor, który się tym przedmiotem dokładniéj zajmował, zauważył tylko formy kilakowe. Jeżeli i tu przyjmiemy podział Virchowa, to musimy rozróżnić formę zapalną i kilakową. Piękny przykład pierwszéj:

a) ostre ocieczenie torebki maziowéj przedstawia nasz przypadek VII, gdzie bolesny obrzęk utrudniający wszelkie ruchy, z wyraźném chełbotaniem, niemający związku ze stawem, rozwinął się i pod wpływem jodu ustąpił;

b) formę kilakową ocieczenia torebki maziowéj przedrzepkowéj przedstawia przypadek VIII. W tych przypadkach powstaje niebolesne, napięte obrzmienie, które rozwija się albo z saméj torebki, albo z otoczenia na nią przechodzi i po dłuższém trwaniu, po kilku miesiącach, nareszcie w środku ulega rozmiękczeniu i przebiwszy skórę przedziera się wreszcie na zewnątrz i tworzy głęboki wrzód otoczony twardym naciekiem. Przypadłość ta zdarza się częściéj u kobiet niż u mężczyzn i zajmuje po największéj części (w 12 przypadkach 8 razy) staw kolanowy (Keyes).

Czas występowania, rozpoznanie. Co do chwili, w któréj omówione właśnie choroby występować zwykły w przebiegu wrodzonéj kiły, nie mamy pewnego prawidła. Pewném jest tylko, że od wystąpienia pierwszego kilaka aż do ostatnich dni zastarzałéj kiły żaden chory nie może być pewnym, iż choroba nie wystąpi znowu. Tak samo jak zapalne formy w ogóle są oznaką świeżéj jeszcze, ostro występującéj kiły, tak możemy też ze względu na nasze sprawy chorobowe dać im co do czasu pierwszeństwo przed formami kilakowemi. Tak tedy właściwe formy dny, ocieczenia pochwy ścięgnowéj i zapalenia torebek zwykły być raczéj objawem świeżéj kiły i towarzyszyć pierwszemu wybuchowi albo powrotowi kiły drugorzędnéj; występują one najczęściéj w przeciągu pierwszych dwóch lub trzech lat po zakażeniu. Im kila więcéj zadawniona, tém bardziéj tracą te sprawy na ostrości, tak że w okresie końcowym drugorzędnego, z początkiem trzeciorzędnego peryjodu przyostre i przewlekłe formy, jak puchlina stawów i pochew ścięgnowych, są najczęstsze, jakkolwiek jako wynik ostréj zapalnéj choroby już bardzo wcześnie w okresie drugorzędnym się trafiają. Formy kilakowe wreszcie są oznakami zastarzałéj, lata trwającéj kiły. I następowe ostre ocieczenia błon maziowych stawów jako dalszy ciąg spraw w okostny kończyn stawowych, nie stanowią zwykle wyjątku, a to dla tego, że i ocieczenie okostny tém ostréj występuje i przebiega, im kiła jest świeższą, przebieg zaś stanów chorobowych w stawie odpowiada tymże sprawom w okostny.

Co do rozpoznania, to tak samo nie ma cechujących znamion i wybitnego klinicznego obrazu form zapalnych ścięgien stawowych, pochew ścięgnowych i torebek maziowych, jak ich nie ma w zapaleniu wątroby i nerki na tle kiłowém (*Hepatitis et nephritis diffusa syphilitica*). Przeciwnie w przebiegu tych cierpień można znaleźć wiele znamion właściwych formom kiłowym. Co do rodzajów dny podałem niektóre znamiona, z których najważniejszemi są: szczególna krzywizna gorączki i brak komplikacyi ze strony błon surowiczych. W ogóle potrzeba zaznaczyć, że formy kiłowe rzadko kiedy dorównywają pod względem siły i ostrości objawów odpowiadającym sobie formom gośćcowym i urazowym, natomiast są one uporczywsze, mają mało, lub wcale nie mają skłonności do gojenia się pod wpływem leczenia miejscowego, a w takim razie tracą tylko swoją ostrość i przechodzą w formy przewlekłe, przeciwnie zaś oddziaływają szybko na leczenie przeciwkiłowe. Szybki zatém skutek po leczeniu przeciwkiłowém, stwierdzenie kiły u chorego, a wykluczenie innych przyczyn, to wszystko winno popierać rozpoznanie.

W formach kilakowych można po największéj części wykazać kilaka, w innych przypadkach musimy się zadowolić rozpoznaniem prawdopodobném i rozpoznaniem *ex juvantibus* lub *per exclusionem*. Zresztą przewlekły rozwój tych form wskazuje wpływ jakiéjś szczególnéj skłonności. Kiła, zołzy lub gruźlica są w pierwszym rzędzie chorobami, na które w takich razach zwraca się uwagę.

Rokowanie, leczenie. Ponieważ formy zapalne nie mają odrębnych objawów, lecz przebiegają tak, jak zwykle choroby zapalne przez inne przyczyny wywołane, ponieważ jednak jest rzeczą pewną, że formy takie mogą się rozwinąć na tle kiłowém, więc obowiązkiem jest lekarza w każdym przypadku, który mu się zdarzy, przy rozbieraniu przyczyn choroby zwrócić uwagę na kiłę, a jeśli ją podejrzywa, obrać leczenie przeciwkiłowe. Szczególniéj zaś jest obowiązkiem lekarza wtenczas zastosować leczenie przeciwkiłowe, gdy wszystkie sposoby leczenia, które obrał w tém przekonaniu, że kiłę można wykluczyć, okazały się bezskutecznemi.

Postępowanie leecznicze w naszych sprawach chorobowych nie różni się zresztą od postępowania przeciwkiłowego,

jakie w innych przypadkach stosujemy. Rtęć i jod są więc także i tu naszemi środkami. Co się zaś tyczy poszczególnych wskazań, nadmieniamy, że w ogóle wyżéj cenimy w tych przypadkach przetwory jodowe niż rtęciowe. Szczególniéj tam, gdzie chodzi o sprawy ostre, nader bolesne, gorączkowe, najodpowiedniejszym środkiem leczniczym jest jod. Po kilku dużych dawkach jodku potasu, 3—6 gramów na dzień, zwalniają objawy gorączkowe i bóle prawie natychmiast, a dalsze mniejsze dawki, 0·5—2·0 na dzień, leczą szybko obrzęk i ocieczenie. Trudniéj goją się przewlekłe formy, tutaj potrzeba obok energicznego używania jodu i rtęci stosować środki jak: kąpiele siarczane, jodowe i solankowe, aby doprowadzić do zupełnego uleczenia. A nawet jeśli zmiany daleko postąpiły, jeśli wytworzyło się dużo nowéj tkanki łącznéj, jeśli chrząstka uległa znacznemu nadżarciu, torebka stawowa, pochwa ścięgnowa, ściana torebki śluzowéj są nader zgrubiałe, kosmkami pokryte, albo nawet skurczone wtenczas po odpowiedniém leczeniu nie możemy się spodziewać powrotu do zupełnego zdrowia, ale tylko powstrzymania choroby lub co najwięcéj lekkiego polepszenia. Za to lepszém jest rokowanie w formach kilakowych, które gdy jeszcze nie przyszło do rozpadu i do wytworzenia blizn pod wpływem leczenia przeciwkiłowego, zupełnie zagoić się mogą; jeśli zaś już wytworzyła się tkanka łączna i blizny i tu także zupełnego uleczenia oczekiwać nie można.

III. O nowym odczynniku białka i cukru w moczu (Olivera-Geisslera).

Podał Dr. W. Pisek,
b. asystent katedry anatomii patolog. Uniw. Jagiell., obecnie lekarz szpitala powszechnego lwowskiego.

Jakkolwiek każdy autor, a szczególniéj lekarski, powinien mieć w pamięci zasadę poety rzymskiego, *nonum prematur in unnum*, to przecież nieraz sam przedmiot publikacyi domaga się odstąpienia od owéj zasady. Tak się ma rzecz i z niniejszą wiadomością, która im pierwéj przez liczniejsze grono kolegów stwierdzoną zostanie, tém rychléj osiągnie prawo obywatelstwa w praktyce lekarskiéj.

Niezliczonym prawie jest szereg odczynników szczególniéj białka i cukru w moczu, a pomimo to wykonanie odpowiedniego badania u chorego poza kliniką, względnie szpitalem, liczne zbyt znane napotyka przeszkody; jak zaś bardzo cierpi na tém rozpoznanie, jak często nie podobna podać skutkiem tego wskazówek leczniczych, jest rzeczą jasną. Z niezwykłém też zajęciem dowiedziałem się o odczynnikach białka i cukru w moczu zalecanych przez Olivera i Geisslera a tak zachwalanych przez Baasa w Wormacyi. Przedsięwziąłem natychmiast szereg prób, gdyż doniosłość odkrycia tego dla codziennéj praktyki lekarskiéj wydała mi się niezwykłą. Chodziło mi przedewszystkiém o to, czy temi nowemi odczynnikami potrafię zastąpić zwykle używane sposoby celem wykrycia w moczu dwóch najważniejszych nieprawidłowych składników moczu: białka i cukru.

Przedtém jeszcze słów kilka o przyrządzaniu odczynników, jak je podaje Baas (w jednym z ostatnich numerów *W. med. Presse*).

Co do białka. Zgęszczonym rozczynem kwasu cytrynowego napawa się bibułę (używaną po pracowniach do sączenia), którą się następnie suszy, a potém rozczynem lakmusu zabarwia, jedynie dla odróżnienia, na czerwono Drugą mięszaniną zawierającą około 3% rozczynu sublimatu do czego się dodało 12—15% rozczynu jodku potasu, napawa się drugi arkusz bibuły. (Powstały jodek rtęci odbarwia się skutkiem nadmiaru jodku potasu). Jednę i drugą bibułę można sobie pokrajać w stosowne paski, dość szerokie dla użytku jako papierki odczynnikowe. Jak sam miałem sposobność przekonania się, to papierki cytrynowe, lakmusem niezabarwione tylko białe, łatwo można poznać jako cytrynowe wobec tego, że papierki drugie (z jodkiem potasu) nie są całkiem bezbarwne, jak twierdzi Baas, lecz lekko różowawe. Dokładność reakcyi nic na tém nie traci.

Co do cukru. Jeden arkusz bibuły napawa się mocnym [1]) rozczynem czystego indychtu. Drugi arkusz zaś zgęszczonym rozczynem dwuwęglanu sodowego. Dalsze postępowanie jak z bibułą odczynnikową białka.

Postępowałem ściśle podług wskazówek Baasa powtórzywszy wszystkie przez niego podane próby a nadto sam zbadawszy mocz kilkunastu osób zdrowych i chorych kontrolując wyniki otrzymane papierkami Olivera, sposobami zazwyczaj dotąd używanemi.

Badanie białka odbywa się w sposób następujący: Do kieliszka, w którym znajduje się nieco podejrzanego moczu, wkłada się kawałeczek, często wystarcza 1□cm., bibuły napojonéj kwasem cytrynowym. (Jeżeli mocz jest silnie kwaśnym, nie potrzeba nawet papierka cytrynowego). Następnie wkłada się kawałek większy bibuły napojonéj jodkiem rtęciowopotasowym. Lekkie zakłócenie, często nawet zbyteczne, przyspiesza wydzielanie się białka, które nastaje już po ½—1 minuty w postaci obłoczków, względnie gęstego skrzepu mleczno białawego. Jeśli się użyje do tego rurki probierczéj, a kawałki bibuły przylgną do górnéj części światła rurki, to białko opada na spód w postaci gęstego białawego osadu. Mocz zawierający mało białka (0.001%) już daje wyraźne obłoczki białe, w bezpośredniém otoczeniu papierków odczynnikowych; w moczach obfitujących w białko ścina się takowe nader szybko w sposób bardzo wyraźny, powiedziałbym prawie namacalny. Sprawę chemiczną tłumaczy Baas w ten sposób: Skutkiem nadmiaru jodku potasu tworzy się jodek potasowo rtęciowy (*Kalium-Quecksilberjodid*) w miejsce chlorku potasowo-rtęciowego (*Kalium-Quecksilberchlorid*) a obok tego chlorek potasu, który pozostaje w rozpuszczeniu. Podczas wytwarzania się jodku potasowo-rtęciowego i w skutek tegoż wydziela się białko.

Badanie cukru trwa nieco dłużéj. Należy sobie urządzić przez wrzucenie kawałeczka papieru indychtowego do pół szklanki czystéj wody płyn jasno-błękitny [1]). (Deszczówka jest stosowniejszą). Tym płynem napełnia się do połowy rurkę probierczą, dolewa następnie moczu podejrzanego tyle, aby rurka w ⅔ częściach była wypełnioną a w końcu wkłada się spory kawałek bibuły „sodowéj“ (napojonéj rozczynem dwuwęglanu sody). Jeżeli mocz zawierał cukier, to przy ogrzaniu płynu w rurce przyjmuje zwolna zabarwienie żółtawe lub też i całkiem się odbarwia. Podanym tu sposobem można, jak mówi Baas, najmniejsze ślady cukru wykazać, któreby się znajdowały w moczu. Obecność węglanu sodowego w płynie badanym, jak sądzi Baas, utrzymuje, białko w rozpuszczeniu, pomimo zagotowania płynu, oczywista tylko wtedy, gdy ilość białka nie jest bardzo wielką.

[1]) Zgęszczenie rozczynu nie jest oznaczoném, Baas mówi: *Starke Lösung von reinem Indigo.*

[1]) Zbyt mocne zabarwienie przeszkadza reakcyi.

Jestto znaczna korzyść, gdyż przez to staje się zbędném tak żmudne nieraz oddzielenie białka. Zamiast rurki probierczéj można użyć do ogrzewania płynu jakiejkolwiekbądź filiżanki porcelanowéj.

Podałem powyżéj przepisy ściśle według Baasa, aby każdy z czytelników sam mógł ocenić praktyczną wartość téj nowéj próby, która jednakowoż co do badania cukru nie odpowiedziała oczekiwaniom moim [1]). Być może, że sposób przyrządzania rozczynu indychtowego (z kw. siarkowym), niejednostajne napawanie bibuły tym rozczynem, mogło wpłynąć na to, że w jednych przypadkach płyn odbarwiał się lepiéj a w innych gorzéj, a czasem wcale nie, pomimo że mocz zawsze zawierał cukier, jak wykazały zwykłe próby, pomimo że nieraz mocz był jeden i ten sam, który wśród równych warunków różnie oddziaływał.

Na podstawie tedy prób, które wykonałem, mogę potwierdzić w zupełności to, co Baas o papierkach odczynnikowych białka podaje: są one nader czułe i w praktyce codziennéj przy chorym nader dogodne. Wartość papierków odczynnikowych cukru dopiero wtenczas będzie można ocenić, skoro sposób ich przyrządzenia będzie ściśléj określonym.

IV. O wpływie dymu tytoniowego na ustrój ludzki i zwierzęcy.

Rzecz czytana na III Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w r. 1881.

Przez Dra Tadeusza Żulińskiego we Lwowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 10).

Co do pory palenia tytoniu to pamiętać trzeba że w godzinach rannych, na czczo szczególnie, bywa ono zwykle szkodliwsze, aniżeli późniéj wśród dnia po jedzeniu, a to dla tego, że działa silniéj i często wywołuje dłuższy czas trwającą ciężkość i bóle głowy. Wiemy przecie z doświadczenia codziennego życia, że niektóre pokarmy i napoje inaczéj na czczo bywają znoszone niż po jedzeniu. Czyż np. wino, wypite na czczo, nie działa silniéj niż przy obiedzie? Wieleż to leków łatwiéj i pewniéj skutkuje, lub wywołuje inne objawy na czczo, jak po jedzeniu? Ze względów więc higijenicznych lepiéj jest zawsze wystrzegać się palenia na czczo, chociaż nałogowi palacze w mocniejszém jego działaniu znajdują przeciwnie silny argument używania go wtedy. Bo ciągłe narkotyzowanie, a z tego powodu coraz mniéj czułe zmysły szukają silnych pobudzeń i podniet.

Również względy higijeniczne sprzeciwiają się także i paleniu na noc, szczególnie już w łóżku, a to z tego względu, że powietrze podczas snu, gdy drzwi i okna w mieszkaniu są pozamykane i nie ma żadnego naturalnego przewiewu, zanieczyszczając się dymem tytoniowym, szkodzi więcéj niż we dnie, czyni sen niespokojnym, a po przebudzeniu się sprawia większą ociężałość i bóle głowy.

To, że palacze śród nocy chociaż już sami nie palą wystawieni bywają na szkodliwe działanie powietrza zadymionego, stanowi, że się tak wyrazimy, drugą połowę rozbieranéj sprawy, a mianowicie wpływów i działania dymu tytoniowego na osoby niepalące wcale nigdy, a które mimo tego są zniewolone oddechać nim ciągle.

Sprawa to w całém znaczeniu higijeniczna i bardzo ważna, bo dotycząca mas ludzi, a nie tylko samych palaczy, którzy ze świadomością rzeczy i dobrowolnie, z upodobaniem nawet, sami sobie ten antihigijeniczny sposób życia wybrali.

Jeżeli to wszystko, co dotąd badano, doświadczano, postrzegano i pisano w fizyjologii, higijenie i terapii, o czystości powietrza i wpływie jego na zdrowie człowieka, jest rzeczywistą prawdą, o czém nawet wątpić nie możemy, to pytamy się w obec tego, jak i czém daje się usprawiedliwić i wytłumaczyć to nieustanne i dobrowolne zanieczyszczanie powietrza w naszych mieszkaniach i domach pracy? i to jeszcze zanieczyszczanie tyloma naraz zdrowiu szkodliwemi ciałami? Jeżeli bowiem powietrze już samém oddechaniem przebywających w niém ludzi zużywa się i psuje, tak że względy higijeniczne wymagają koniecznie ciągłego przewietrzania, to pytamy się znów, czém w obec przewietrzania tego jest i może być owo nieustanne zanieczyszczanie powietrza naszych mieszkań dymem tytoniowym, gdy w nich nawet żadnych zazwyczaj nie znajdujemy urządzeń do przewietrzania.— Przecież nagromadzenie dymu tytoniowego bywa niekiedy tak wielkie, że w pokojach robi się ciemno i patrzeć swobodnie nie można, szczególnie gdy mieszkanie jest nie wielkie, albo gdy kilku, kilkunastu, a czasem i kilkudziesięciu naraz znajduje się w niém palaczy, którzy często z ust swych ani na chwilę cygar nie wypuszczają.

W obec takiego stanu rzeczy, szczególnie przy wzmagającéj się niepomierne wciąż towarzyskiéj swobody palenia tytoniu wszędzie i zawsze, ze względów higijenicznych uznać je koniecznie musimy za szkodliwe nie tylko dla samych palaczy, ale i dla tych wszystkich także, którzy, chcąc czy nie chcąc, bywają przecie zniewoleni oddechać powietrzem dymem napełnioném.

Liczne codzienne przykłady szkodliwego wpływu dymu tytoniowego, a nawet i zatrucia niém niekiedy, przekonywają nas o tém dowodnie. I nic dziwnego. Jeżeli bowiem ludzie od t. zw. zaduchu pokojowego dostają bólów i zawrotu głowy, mizernieją, nabywają zołzów itp. cierpień; jeżeli mała ilość czadu sprowadza zawsze mniejsze lub większe niedomagania, jeżeli zielone obicia zawierające zieleń Schelego sprowadzają zatrucia; jeżeli nawet pewne kwiaty pozostawione w pokoju stają się przyczyną niekiedy odurzeń chorobowych i śmierci, dla czegożby dym tytoniowy z tylu różnemi w sobie składnikami nie miał szkodliwie jeśli już nietrująco działać na nasz ustrój?

Z tych tedy powodów sprawa odddechania i trucia się osób niepalących dymem tytoniowym braną być musi koniecznie w rachubę, nie tylko przez lekarzy szukających przyczyn chorobowych, ale przedewszystkiém i przez higijenistów, usiłujących usuwać wszelkie szkodliwości i wpływy mogące źle oddziaływać na zdrowie ludzkie. — Higijena publiczna powinna koniecznie brać w obronę niepalących i zapewniać im możność oddechania świeżém powietrzem.

Mamy tu na myśli, rozumie się, miejsca publiczne, jak sale zbiorowe, biura, czytelnie, restauracyje, kawiarnie, wagony kolejowe itp. miejsca krótszego lub dłuższego pobytu ludzi. Słuszném bowiem jest i sprawiedliwém, a zgodném z wszelką wolnością, aby istniały dla ludzi nie mogących znosić i niechcących się dusić i truć dymem tytoniowym, miejsca swobodne i wolne od niego,—tak jak dla palaczy, mogą być oddzielne lokale i pomieszczenia.—Podział ten nie z łaski i uprzejmości tylko gdzie niegdzie znajdować się winien, ale należy go mocą publicznych praw sanitarnych zaprowadzać

---

[1]) Baas twierdzi, że temi papierkami wykrywa nawet obecność $^{1}/_{100}$% cukru w moczu.

i bronić wszędzie. Bo jeśli dla względów ognia i bezpieczeństwa publicznego zabrania się tu i owdzie palić tytoniu, to i zdrowie tych, którzy go pragną oszczędzać, zasługiwać téż winno na podobną ochronę.—W szczegóły ochrony téj wdawać się nie będziemy, kładziemy jednak na nią nacisk dla tego, że palenie tytoniu nie da się porównać ze względów higijeny publicznéj z żadnym dotąd nałogiem i przyzwyczajeniem ludzkiém, bo wpływa na zanieczyszczanie wspólnego wszystkim powietrza.

Ale i palaczy nawet winna higijena publiczna równie brać w swą obronę, rozciągając o ile można jak najpilniejszą kontrolę nad fabrykami tytoniu, a to z powodów, jak wyżéj nadmieniliśmy, najrozmaitszego rodzaju fabrykacyi i jego fałszerstw, które niekiedy nawet bardzo znacznie mogą powiększać szkodliwy wpływ tytoniu na zdrowie. Jeżeli bowiem fabryki tytoniu, nie bacząc na zdrowie i skutki, dogadzać będą palaczom dodatkami i przyprawami tajemniczemi coraz to daléj korzystając z postępów nauki w tym względzie, to nie wiedzieć doprawdy, jak daleko zajść tu możemy, jeżeli już teraz opium i morfin coraz to więcéj ofiar zabierać nam poczynają.

Przepisy te, rady i kontrola higijeniczna w sprawie niniejszéj, mogą wprawdzie zawsze zmniejszyć i osłabić wiele skutków złego, radykalnéj jednak zmiany na lepsze spodziewać się tu możemy tylko, gdy przekonania i pojęcia błędne w tym względzie u ogółu zmieniać się poczną, tj. gdy jednostki same dobrowolnie znać i uznawać będą wartość i znaczenie powyżéj wyłuszczonych higijenicznych uwag, i same się do nich stósować zechcą.

Najoczywistsze bowiem prawdy higijeniczne i najlepsze i najkorzystniejsze przepisy wtedy tylko mogą mieć i sprowadzać pożądane skutki, jeżeli je każdy dobrowolnie z własnéj woli i z własnego przekonania wypełniać i przestrzegać będzie.—W sprawie niniejszéj palenia tytoniu tylko przepisy higijeny publicznéj, jak widzieliśmy, mogą być w części z pożytkiem wykonywane, i pośrednio tylko oddziaływać i wpływać korzystnie. Najwięcéj tu bowiem zależy od higijeny prywatnéj, tj. od woli i przekonania jednostek, które same z siebie i dla siebie strzedz się będą wszelkich zdrowiu swemu szkodliwych praktyk i przyzwyczajeń.

Aby zaś do tego dojść można było i w tym kierunku skutecznie działać, jedyną na to radą jest wpływać na wyrabianie odpowiednich przekonań i wpajać je w umysły młodego pokolenia przez szkołę, tj. publiczne nauczanie, aby młódź wzrastała i wychowywała się już w innych przekonaniach i pojęciach o tém, co nie jest ani potrzebą, ani koniecznością życia, ale jest tylko przyzwyczajeniem i nałogiem, którego się przecie chociażby tylko przez wzgląd na zdrowie koniecznie winniśmy pozbywać.

Kto wie i zna jednak naturę ludzką i siłę nałogu, szczególnie „przyjemnego,“ który jak np. alkohol, opijum lub morfin podnieca, uspokaja, rozwesela lub usposabia do marzeń i ospałości, ten się wcale dziwić nie będzie i nie może, że zaliczają tu i tytoń. Przekonywać jednak nałogowych palaczy tytoniu nie na wiele się przyda, a jest rzeczą zawsze niewdzięczną i trudną. Mimo to przecie higijena jako nauka mająca na względzie zdrowie ludzkie, nie mogąc z nikim wdawać się w żadne ustępstwa ani układy, musi powody swe chociażby do znudzenia wciąż powtarzać i wszystkim, i pracować nieustannie, aby się domaganiom jéj stawało zadość choć stopniowo i powoli.

Nauczanie powszechne higijeny, rozszerzając i rozpowszechniając prawdziwe pojęcia o zdrowiu i życiu człowieka, może być nader dzielnym środkiem postępu na téj drodze, i dobrze oddziaływać przeciwko antihigijenicznym teoryjom z upodobania jedynie płynącym.

To cośmy powyżéj mówili o wpływie palenia na władze umysłowe, zaczynając od pewnego czasu coraz to więcéj interesować pedagogów, daje powód do odpowiednich w tym względzie środków i przepisów zapobiegawczych, szczególnie między młodzieżą szkolną. Przekonano się bowiem, że na palenie nie tylko ze względów porządku i karności szkolnéj zapatrywać się można i potrzeba, ale że i warunki zdrowia, umysłu i ciała młodzieży, także się tego domagają.

Pamiętajmy jednak, że jeśli nauka wpływa na rozum i przekonanie ludu wiele zawsze i wszędzie w społeczeństwach, to wpływ przykładu, szczególnie na młode pokolenie, nie przestaje być nigdy potężnym. Nie łudźmy się przeto, abyśmy z nauczania i krzewienia najzdrowszych nawet pojęć higijenicznych mogli zawsze zaraz otrzymywać pożądane wyniki, jeżeli nauczani i ostrzegani co innego codzień widzieć będą w życiu, jeśli młódź w przewodnikach swoich widzieć będzie zawsze przeciwieństwo między teoryją a praktyką. Bo to wiarę ich w prawdę najbardziéj zachwiewa. W tém téż leży wielka trudność do pokonania.

Czując to i pojmując dobrze liczni przyjaciele ludzkości, poczęli tu i owdzie w różnych krajach zawiązywać Towarzystwa przeciwko nadużywaniu tytoniu, ażeby, o ile się tylko da, wpływać nietylko na młodzież szkolną, ale w ogóle na wszystkich, przeciwko temu coraz potężniéj rozwijającemu się nałogowi.

Usiłowania tych Towarzystw, drogą przekonań walczących ze względów higijenicznych zasługiwać powinny na gorące zewsząd poparcie, chociaż i ci, którzy warunki zdrowia przywykli zawsze lekceważyć i wcale ich nie uwzględniać, z punktu ekonomicznego przynajmniéj, jak widzieliśmy, znaleźćby powinni dla siebie dosyć pobudek do popierania ich celów. Bo celem dobréj ekonomii, jest i zawsze być winno starać się o to głównie, aby najniezbędniejszym potrzebom życia przedewszystkiém działo się zadość, aby żaden wydatek, szczególnie zbytkowy, nie powstawal, nie tworzył się i nie rozwijał kosztem chleba powszedniego, jak się to niestety niekiedy przytrafia, że wydatek na tytoń przewyższa wydatek na chleb codzienny [1]).

Streszczając to wszystko, cośmy powyżéj o wpływie dymu tytoniowego na ustrój ludzki i zwierzęcy mówili, ze względów higijenicznych doszliśmy do następujących wyników:

1. Że wpływ dymu tytoniowego na zdrowie jest zawsze szkodliwy.

2. Że dym tytoniowy skladem swym chemicznym różni się bardzo od składu liści surowych i tytoniu fabrycznego.

3. Że szkodliwość dymu nie zależy wyłącznie od nikotynu, lecz i od innych składników.

4. Że obok nikotynu znaczną rolę w dymie odgrywa tlenek węgla, ciała aromatyczne, kwas pruski i amonijak, zkąd pochodzi, że niekiedy tytoń o małéj ilości nikotynu bywa przecież bardzo szkodliwym.

5. Że dodatki nieznane przy fabrykacyi tytoniu, mogą przez palenie czynić go szkodliwym.

6. Że palenie z zaciąganiem się jest szkodliwsze niż z zaciągania się.

[1]) W r. 1871 pisał już Dr. M. Jolly, że sam Paryż spożywa tytoniu więcéj niż za 500.000 fr. dziennie, co przewyższa wydatek dzienny na chleb dla 2 milijónów mieszkańców.

7. Że dym z tak zwanych nargili, czyli fajek z wodą, mniéj szkodzi niż z cygar, z papierosów i z fajek zwykłych.

8. Że palenie z fajek o długich cybuchach jest mniej szkodliwe niż o krótkich.

9. Że fajki lekko nałożone mniéj szkodzą niż mocno nałożone.

10. Że cygara są szkodliwsze niż fajki.

11. Że używanie cygarniczek zmniejsza szkodliwość cygar.

12. Że palenie na czczo jest szkodliwsze niż po jedzeniu.

13. Że palenie w zamkniętym pokoju jest szkodliwsze niż na wolném powietrzu.

14. Że dym równie szkodzi palaczowi jak i niepalącym, ale nim oddychającym.

15. Że niepalących należy ochraniać przepisami sanitarno-policyjnemi od szkodliwego wpływu dymu palaczy.

16. Że należy rozwijać czujną kontrolę sanitarną, nad fabrykami tytoniu.

17. Że potrzeba wcześnie pouczać młodzież o szkodliwości palenia i

18. Popierać usiłowania Towarzystw, występujących przeciwko nadużywaniu tytoniu.

Kończąc niniejszą pracę naszą poczuwamy się do obowiązku zaznaczyć na tém miejscu, iż nie łudzimy się wcale i wiemy, iż i najsumienniejsze doświadczenia i niezbite, dogmatyczne niemal wypływające z nich fakty, dowodzące szkodliwości palenia, nie zdołają jeszcze przekonać starych namiętnych palaczy, którzy jak morfiniści dziś dowodzić nie przestają, iż nietylko morfin im nie szkodzi, ale owszem służy i podnieca do życia. Godzi się przecie niezaprzestając nawet upodobanego palenia niezbite fakta uznawać i nie zaprzeczać prawdzie, a poprawę zacząć od wychowywania nowego pokolenia. Lepiéj bowiem późno jak nigdy.

V. Kazuistyka lekarska.

Przyczynek do etyjologii raka wargi dolnéj.

W górzystych okolicach powiatu Gorlickiego w miesiącach letnich w przeciągu trzech lat obserwowałem 24 przypadki cierpienia warg, które z powodu wystąpienia w pewnym tylko czasie i u więcéj ludzi naraz, również z powodu pewnego następowego związku z rakiem przybłonkowym wargi, na szczególną uwagę zasługują.

Cierpienie to występuje przeważnie u mężczyzn i prawie stale na błonie śluzowéj wargi dolnéj w miejscu szpary ustnéj rozszerzając się pomiędzy kątem a środkiem wargi, często po obu stronach, rzadko zaś dochodzi do kątów warg. W początku przybłonek wargi staje się mniéj lub więcéj białawo-mleczny, jest wilgotny; u niektórych miejscami lekko odstaje, u innych ściśle przylega do podstawy, jest tedy cienki i delikatny. Po kilku dniach pęka i odrywa się odsłaniając powierzchnię błony śluzowéj koloru czerwonego, wilgotną z powodu wydzielania cieczy lepkiéj. Powstała tak ranka, w pierwszéj chwili podobna do oparzenia, ma brzegi gładkie i cienkie, kształtu podłużnego. Zwykle oś dłuższa przypada wzdłuż wargi. Reszta utrzymanego przybłonka wargi zachowuje swój kolor naturalny albo pozostaje w obwodzie ranki białawo-mleczna. W tym okresie cierpienia najczęściéj następuje gojenie się choć zwolna i trwa czasem tygodnie, nieraz jednak rozciąga się na miesiące, a wtedy i powierzchnia ranki się zmienia. Z dna jéj wystają liczne drobne regularne granulacyje, niewystępujące po nad powierzchnię brzegów rany, w zagłębieniach zaś widać białawą cienką ropiastą wypocinę. Cała rana przybiera cechę wrzodu łatwo nieraz krwawiącego. W trzech przypadkach zastarzałych widziałem, że brzegi takich wrzodów były nieco zgrubiałe, jakby nacieczone, przy ujęciu palcami twardawe, a na granulacyjach powstawały brudne płaskawe łuski. U wielu osób po zupełném już zagojeniu się na miejscach ranek pozostawały zgrubiałości i długotrwałe łuszczenie się przybłonka.

Niewątpliwém jest, że początek téj choroby polega na obumarciu przybłonka wargi, w skutek czego przybiera tenże kolor białawo mleczny, a po zdarciu przybłonka zwykle przez wpływy mechaniczne, np. przy jedzeniu, powstaje ranka powierzchowna, która ustawicznie drażniona nie okazuje skłonności do gojenia się, owszem zwolna w owrzodzenie przechodzi. W późniejszym okresie, zwłaszcza w razach, gdy znajdujemy lekkie stwardnienie brzegów, obraz cierpienia podobny do płaskiego raka przybłonkowego wargi.

Wspomniałem, że cierpienie to występuje przeważnie u mężczyzn. I tak na 24 obserwowanych przypadków zauważyłem go tylko trzy razy u kobiet, resztę u mężczyzn, z których najmłodszy liczył lat 19. Dla czego jednak przeważnie u mężczyzn? Z obserwowanych chorych 19tu paliło fajkę, a wieśniacy téj okolicy palą w fajce z małemi wyjątkami najsilniejszy gatunek tytoniu, zwany bakoń, z krótkich płaskich cybuszków, które przy pracy polnéj całemi dniami w ustach trzymają. Dym tego tytoniu oprócz przerażającéj woni jest tak silny, że parę pociągnięć z fajki zaspokoić może na dłuższy czas chęci najtęższego palacza. Z powodu trzymania cybucha w ustach ślina wydziela się w znaczniejszéj ilości a zmięszana z sokiem tytoniowym wyssanym z cybucha ustawicznie ściekając po wardze zwilża takową i wywołuje tak jak inne środki żrące obumarcie przybłonka.

To jeszcze nie wystarcza nam do wyjaśnienia, dla czego w pewnym czasie, to jest z początkiem lata, cierpienie to przeważnie występuje. Nieoślednią w tém rolę zdają się odgrywać wiatry suche, zwykle południowe, w tych górskich stronach o téj porze wiejące, kiedy wieśniak całemi dniami przy sianożęciu przebywa w polu. Wtedy przybłonek warg zwilżony żrącą śliną narażany jest na ustawiczne wysychanie i obumiera zatém łatwiéj. W tym czasie również często widzieć się daje zwykłe pryszczenie warg.

Podczas dojazdu mego na szczepienie w dość górskich wioskach w Banicy i Krywie w jednym roku i o jednym czasie widziałem 14cie przypadków tego cierpienia, z których jeszcze po dwu miesiącach część nie była zagojonych, a są osoby, które rok rocznie cierpieniu temu podlegają. Podobne cierpienie widziałem i na równinach, lecz nigdy w znaczniejszéj ilości.

Kto zna górskiego ludu opieszałość w zaczerpnięciu rady lekarskiéj i obojętność w leczeniu się, tego nie zdziwi, że szukanie pomocy u lekarza w téj chorobie rzadko się zdarza. Listek babki przyłożony na zranioną wargę jest pierwszém u nich lekarstwem. Gdy to nie pomaga, sięgają po maści kojące, zwykle *Ung. plumbi* lub *zinc.*, sprzedawane po aptekach. To znów okłady szmatkami napojonemi w wódce lub posypywanie ałunem a nawet sproszkowanym siarkanem miedzi również nieraz stósują. Dopiero gdy i to nie pomaga, udają się nie pod opiekę ale po radę do lekarza, który niech będzie na to przygotowany, że nie zobaczy więcéj pacyjenta a ztąd nie może przekonać się o przebiegu cierpienia lub ocenić wynik leczenia. Posypywanie sproszkowanym siarkanem miedzi miało miejsce w jednym z tych przypadków wspomnianych, dla tego prawdopodobném jest, że nacieki brzegów ranki z silnego podrażnienia i reakcyi zapalnéj powstać mogły.

Z końcem wiosny 1881 r. przybył do mnie Walenty Białoń z Ropy z temi samemi objawami, jak w pierwszych chwilach powyż opisanego cierpienia warg. Po raz drugi pojawił się dopiero w styczniu 1882 r. z wybitném zajęciem rakowatém lewéj połowy wargi dolnéj podając, że z powodu bardzo wolnego gojenia się ranki, za doradą innych robił okłady z własnego moczu, to znów tuszował rankę kamieniem sinym lub zasypywał ałunem.

Wprawdzie oprócz tego jednego przypadku i to niedo-

kładnie (z powodu ½ rocznéj prawie przerwy) śledzonego nie miałem innych własnych doświadczeń, aby obserwować przejście opisanego cierpienia warg w raka, ale i badając kilku chorych już to operowanych już świeżo cierpiących na raka wargi przekonałem się z wywiadów, że większa ich część podlegała temu cierpieniu, czasem nawet na rok, dwa lata, przed wystąpieniem raka. Dwu zaś, jeden karczmarz izraelita z Hańczowy, dwa razy operowany w Wiedniu, z powodu raka wargi a zmarły przed pół rokiem z recydywy tegoż; drugi Anastazy K. z Wysowy, oświadczali stanowczo, że tak jak bardzo wielu innych ludzi w wiosce i oni z początku cierpieli na pryszczenie (jak sami nazwali) warg. U jednego zagoiło się wszystko z pozostawieniem tylko małego jak ziarnko siemienia strupka, który zdzierany miesiącami jednako wyglądał, potém dopiero nagle rozbujał. Drugi podał, że przez półtora roku, gdy pierwszy raz na wiosnę podobnie zachorował, raz goiły się, to znów pryszczyły mu się wargi; następnie prawie przez cały rok wielkości fasoli ranka nie chciała się zagoić i stwardniała na podstawie, a gdy Dr. Wroński stwierdził u niego raka wargi, poddał się operacyi w Krakowie.

Związek, jaki istnieje pomiędzy opisaném cierpieniem warg a rakiem tychże, prawdopodobnie jest ten, że licznie znajdujące się tu brodawki i gruczołki błony śluzowéj pozbawionéj przybłonka tém łatwiéj narażone są na ustawiczne podrażnienie jużto przez wpływy mechaniczne jużtéż to chemiczne i stają się zarodkiem do beztypowéj hyperprodukcyi przybłonka przedstawiającéj się w formie raka. Dla tego téż z tak często występującém powyższém cierpieniem warg w okolicach górzystych prawie w parze idzie często w tych stronach napotykany rak wargi. Wpływ zaś tytoniu lub soku z fajki nie ma tu żadnego specyficznego znaczenia dla powstania raka, o tyle może ma znaczenie, o ile każdy inny drażniący środek, któryby na tych samych warunkach tak trwale i ustawicznie działał na błonę śluzową warg, jak to ma miejsce u palących fajkę.

Dr. Bielczyk (w Gorlicach).

VI. Oceny i sprawozdania.

Sassetzky: **Wpływ gorączki i leczenia przeciwgorączkowego na produkcyję istot azotowych i na asymilacyję składników azotowych mleka.**

Leczenie wodą zimną znane i używane było już wtedy, kiedy zaledwie pierwszy brzask cywilizacyi począł człowiekowi przyświecać. Wydoskonalonéj jednak i w pewne prawidła ujętéj hydropatyi chorób gorączkowych nie znały ani wieki starożytne ani średniowieczne, pomimo licznych prób w tym kierunku uskutecznionych. Pierwsze dzieło omawiające wyczerpująco leczenie wodą zimną zjawia się w r. 1702. Autorem jego jest Floyer, który jednakowoż popadł w drugą ostateczność nieraz i nowszym „specyjalistom“ się wydarzającą, mianowicie sądził, że hydroterapija jest lekarstwem na wszystkie choroby, ztąd téż nie znał żadnych przeciwwskazań, a prawdę powiedziawszy nie podaje i ścisłych wskazań. We Francyi (Tissot) w Niemczech (Berger, Hoffmann, rodzina Hahnów) we Włoszech (Todano, który we wszystkich chorobach każe pijać znaczne ilości zimnéj wody, Sanger, który chłodzi chorych śniegiem i lodem) zyskuje hydroterapija szybko przyjaciół, a nawet fanatycznych wielbicieli. Nagminnie w Liwerpolu panujący dur (1787 r.) daje sposobność znakomitemu lekarzowi Currie do zastósowania krytycznego hydroterapii, do poczynienia pierwszych pomiarów ciepłoty u chorych, od czego częstsze lub rzadsze zlewanie zimną wodą zależało. Pierwszy Currie ściśle określa, kiedy użyć a kiedy nie używać zimnéj wody, pierwszy, który w leczeniu chorych gorączkujących uwzględnia i warunki zewnętrzne, świeże powietrze, dezinfekcyję itd. Świetne wyniki lecznicze, roztropne umiarkowanie a przedewszystkiém zgodność Currie go z ówcześnie panującym prądem naukowym zyskały dla tego sposobu leczenia coraz więcéj lekarzy. Pomimo to, że i między nielekarzami znaleźli się apostołowie hydroterapii (1799—1852 Priessnitz), a kto wie czy nie dla tego, budziła się przecież coraz bardziéj opozycyja a nawet poważne ciała naukowe, jak Akademija Umiejętności paryska w roku 1842, uznały leczenie chorób gorączkowych ostrych wodą zimną za niebezpieczne. Zdawało się, że na chwilę hydroterapija pójdzie zupełnie w zapomnienie. Tak jednakowoż nie było. Wkrótce bowiem pojawiają się prace Briqueta, Armitage'a i Traubego, którzy w leczeniu duru wodą zimną do znakomitych dochodzą wyników, a wreszcie pomnikowa praca Branda w r. 1861 utrwala na zawsze znaczenie hydroterapii dla duru. Prace Bartelsa, Jürgensena, Liebermeistra, Senatora i całego szeregu klinicystów innych wykazały, o ile pod każdym względem korzystniejsze przedstawia wyniki leczenie duru zimną wodą od wszelkich innych metod, a szczególniéj, o co najwięcéj chodzi, jak bardzo hydroterapija zmniejsza odsetek śmiertelności duru.

Na czém ten tak zbawienny wpływ zimnéj wody polega, dokładnie, przyznać trzeba, nie wiemy, jakkolwiek z drugiéj strony wiemy dobrze, jakie zaburzenia rozwijają się w chemizmie a następnie i w budowie anatomicznéj ustroju skutkiem długotrwałéj w końcu zabójczéj gorączki. Nie ulega dziś żadnéj wątpliwości, że wśród ostrych chorób gorączkowych zwiększa się ilość wydzielanego mocznika, nie mniéj pewną jest rzeczą, że i przy sztuczném ogrzewaniu ciała ludzkiego i zwierzęcego wydziela się więcéj mocznika, jaki zaś wpływ wywiera leczenie antyseptyczne, względnie odejmowanie ciepła, na przemianę istot azotowych w ustroju gorączkującym, na to pytanie, pomimo że od czasów Branda, który zwrócił na to uwagę, upłynęło lat 20, do dnia dzisiejszego stanowczéj odpowiedzi nie mamy. Praca bowiem Bartha (1866) nie jest dokładną i obejmuje sześć przypadków duru, w których bez wszelkiéj ścisłości oznaczano, przy wiadoméj ilości pokarmów, kału i moczu, ilość codziennie wydzielanego mocznika, chlorków i fosforanów. Ilość ta widocznie pod wpływem kąpieli zimnych malała. Praca Schrödera (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.* 1869) opiera się na obserwacyi ośmiodniowéj dwóch chorych na dur, których przez każde dwa dni kąpano (raz lub dwa razy dziennie 15—20 minutowa kąpiel 18—20°C) a trzeciego dnia zostawiano bez kąpieli. Wnioski, do jakich ten autor dochodzi są następujące:

1) Kąpiele zimne zmniejszają ilość mocznika (z 41·7 grm., względnie z 29·6 grm. na dobę zmniejsza się ilość mocznika na 33·9 grm., wzgl. na 19·9 grm.).

2) Kąpiele zimne nie wpływają widocznie na ilość moczu.—Bliższych szczegółów co do pokarmów, napojów i wypróżnień brak.

Autorami pracy trzeciéj do tego przedmiotu się odnoszącéj są Bauer i Künstle (*Deut. Arch. f. klin. Med.* Bd. XXIV, 1879). Jako środki przeciwgorączkowe zostały użyte: chinin, salicylan sodowy i kąpiele. Nie wdając się w szczegóły podajemy tu tylko wyniki:

1) Kąpiele zimne zwiększają ilość moczu (z 977 cm. na 1.120 cm.).

2) Kąpiele zimne zwiększają (*sic*) tylko nieznacznie ilość wydzielanego mocznika (z 31·6 na 34·5).

3) Ilość moczu pod wpływem zażywania chininu zwię-

ksza się w pierwszym dniu średnio o 403 cm.; na drugi dzień ilość moczu zawsze jeszcze zwiększona, lecz mniejsza niż dnia poprzedniego o 363 cm.

4) Ilość mocznika wydzielanego zwiększa się pod wpływem chininu w pierwszych 24 godzinach o 2,5 grm. Na drugi dzień również ilość mocznika jeszcze jest zwiększoną.

5) Pod wpływem salicylanu sodowego (6 grm. dziennie przez kilka dni bez przerwy podawanych) zwiększa się ilość moczu i mocznika.

Wszystkie trzy powyżéj przytoczone prace są pod wieloma względami niedokładne; już sama ta okoliczność, że nigdzie nie zdołano odosobnić kału z okresu „przeciwgorączkowego“ od kału pochodzącego z innego czasu, zmniejsza znacznie wartość powyższych wniosków. Nie o wiele dokładniejsze są badania nowsze, z których wszelako korzystnie wyróżnia się praca J. Kramsztyka (z Warszawy). Autor ten wykazał, że wpływ *Chinin. muriat.* uwidocznia się: 1) zwiększeniem ilości dziennie wydzielanego moczu, 2) zmniejszeniem ciężaru, 3) zmniejszeniem ilości wydzielanego mocznika, 4) zmniejszeniem ilości fosforanów odpowiednio zupełnie do ubywania ilości N.

Praca, z której obecnie sprawę zdajemy, stara się ominąć niedokładności wszelkie, mącące rezultat spostrzeżeń, przeprowadzonych tu z nadzwyczajną skrupulatnością. Wyliczenie sposobów i dróg, jakiemi szedł autor, zabrałoby nam za wiele miejsca, dla szerszego koła czytelników wystarczy treściwy pogląd na wyniki. Tablice autora obejmują 14 przypadków duru osutkowego a jeden powrotnego i wykazują przy każdym chorym dziewięciodniową obserwacyję na trzy zawody (po trzy dni wśród trzech odmiennych „grup warunków“). Oprócz ciepłoty notowanéj ośm razy dziennie, ilości wody, ilości mleka dawanych chorym zawierają te tablice jeszcze następujące rubryki:

Suche składniki mleka w gramach, ilość azotu w mleku w gramach, wydzielany kał w gramach, pozostałość sucha kału w gramach, ilość N w kale w gramach, ubytek suchéj pozostałości kału i ubytek N w kale w odsetkach, ilość wydzielanego moczu, ciężar gat., ilość N. w całéj ilości moczu, ilość fosforanów w téjże, stosunek fosforanów do 100 cz. N., ogólny ubytek N w gramach. (D. n.).

Prof. Ludwig i doc. Mauthner: **Pozorne otrucie arszenikiem.**

Jakiego znaczenia nabrać może w sprawie sądowéj okoliczność nader błaha, na którą zaledwie zwrócono uwagę, jakiéj przeto oględności i baczności wymagać należy od lekarzy, względnie chemików sądowych, poucza przypadek opisany szczegółowo w ostatnich Nrach *W. med. Bl.* przez prof. Ludwiga i doc. Mauthnera we Wiedniu. Ze względu na rzadkość swoją jak niemniéj ze względu na dokładne opracowanie i obrobienie tego przypadku przytaczamy go w streszczeniu, zwłaszcza, że wobec rozpowszechnienia przetworów arsenu i u nas łatwo coś podobnego wydarzyć się może i wprawić w niemały kłopot znawców lekarskich.

W czerwcu roku 1882 znaleziono w rzece zwłoki 18-letniéj dziewczyny, którą widziano po raz ostatni zdrową, wchodzącą do domu obwinionéj o morderstwo K. Dziewczyna ta będąc nieślubnie w ciąży miała się starać u K. o leki płodopędne, gdyż ostatnia uchodziła za znawczynię takowych i nie odmawiała swéj pomocy w takich przypadkach. Po wykonaniu sekcyi zwłok dziewczyny na drugi dzień po wydobyciu z wody orzekli lekarze, że: 1. Nieboszczka umarła z uduszenia w wodzie, do któréj dostała się żywa jużto z własnéj woli, jużtéżto mimo swéj woli. 2. Była ona w trzecim miesiącu ciąży i 3. Nic nie przemawia za użyciem gwałtu lub trucizny mineralnéj.

Gdy jednak w śledztwie wyszło na jaw, że woda w rzece była w tym czasie bardzo płytką, gdy świadkowie wypowiedzieli swoje podejrzenie co do rodzaju stosunków, jakie łączyły zmarłą z pseudo-lekarką K., zostało podejrzenie otrucia tém silniéj usprawiedliwione a sąd zarządził ekshumacyję i ponowne badanie zwłok znalezionéj dziewczyny po dwóch prawie miesiącach od czasu pierwszéj sekcyi. Do badania chemicznego zabrano kawałek skóry z głowy wraz z włosami i nieco narządów miąższowych; oprócz tego poddano badaniu mnóstwo podejrzanych leków zabranych z domu obwinionéj K., w których jednak badanie nie wykazało arsenu. Badanie cząstek zwłok wykazało ślad arsenu tak mały, że zaledwie zdołano wykonać na trzech zwierciadłach arsenu wszystkie próby.

Sąd nie nabywszy przekonania o przyczynie śmierci znalezionéj dziewczyny zasięgnął opinii Wydziału lekarskiego zadając trzy pytania: 1. co było w danym przypadku najbliższą przyczyną śmierci, 2. jakim sposobem i 3. za pomocą jakich środków śmierć jéj nastąpiła. Odpowiedź Wydziału lekarskiego brzmiała:

„Już z góry nie można się było spodziewać sprawdzenia zmian patologicznych przy ekshumacyi a to z powodu zgnilizny wysokiego stopnia. Przy pierwszéj sekcyi we dwa dni po śmierci była zgnilizna już tak znaczną, że mózg przedstawiał miękką jednostajną masę. Ten stan rzeczy sprawił, że pierwsi znawcy nie mogli już rozpoznać dokładnie stanu narządów, tém mniéj téż można nabrać pewnego przekonania o braku lub istnieniu zmian patologicznych, z którychby można rozpoznać przyczynę śmierci zmarłéj dziewczyny z niedokładnego protokolu powtórnéj sekcyi. Pewném jest jedynie, że zmarła była w ciąży i że nie znaleziono obrażeń, a mianowicie obrażeń części płciowych, z czego możnaby wnosić o użyciu zabiegów mechanicznych celem spędzenia płodu. Zmiany w narządzie oddechowym (obrzęk i przekrwienie płuc, ciecz krwawa w tchawicy) nie świadczą wcale o śmierci z utonięcia. Błędem jest pierwszych znawców, że nie poddali żołądka i jego treści badaniu chemicznemu, jakkolwiek już wtenczas zachodziło podejrzenie otrucia. Brak pewnéj woni treści żołądka i brak zmian anatomicznych jego błony śluzowéj nie dozwala wnosić, że otrucia nie było w tym przypadku a twierdzenie znawców: „że działanie trucizny mineralnéj wykluczyć można“, nie jest niczém poparte, a nadto stoi w sprzeczności z wynikiem badania chemicznego. Postępowania drugich znawców przy ekshumacyi już wcale usprawiedliwić nie można, dla czego mianowicie wzięto tylko 70grm. różnych narządów, wiedząc, że się ma do czynienia z otruciem. Dla czego nie zabrano całego żołądka, jego treści, reszty jelit, a z narządów miąższowych tylko kawałeczek wątroby i śledziony? Co chciano uzyskać załączając kilka włosów do zbadania? Badanie chemiczne wykazało niewątpliwe ślady arsenu, co do ilości takowego nie można nawet w przybliżeniu nic pewnego powiedzieć, a dał się tutaj uczuć błąd powtarzający się często, że za mało części zwłok poddano badaniu. Dla tegoto nie można było przedsięwziąć ilościowego oznaczenia arsenu, a gdyby je nawet przedsięwzięto, nie możnaby było nabrać przekonania, że śmierć nastała z otrucia arsenem. Przedmiotowa istota czynu nie jest wcale sprawdzoną o ile to dotyczy badania sądowolekarskiego, w tym przy-

padku można jedynie mówić o możliwości i o prawdopodobieństwie większém lub mniejszém, wcale zaś nie o rzeczy pewnéj. Z pewnością można twierdzić jedynie, że zmarła spożyła arsen, czy jednak w dawce zagrażającéj życiu albo trującéj, nie jest wcale stwierdzoném. Możliwém jest, że użyła ona arsenu jako środka uważanego gdzieniegdzie za płodopędny. Ponowna ekshumacyja i zbadanie większych ilości części zwłok mogłoby dać wyobrażenie o użytéj ilości środka, ale i w tym razie nie można w każdym przypadku wyprowadzać stanowczych wniosków co do ilości, gdyż w skutek ponawianych manipulacyj około zwłok ginie pewna ilość arsenu zawartego w nich pierwotnie. Oprócz tego nie można w tym przypadku wykluczyć z pewnością śmierci naturalnéj, jakkolwiek to ostatnie przypuszczenie jest wielce nieprawdopodobném wobec braku zmian anatomicznych w narządach i prawidłowego stanu zdrowia osoby młodéj i silnéj. Z tego wszystkiego okazuje się, że wobec niedokładności protokółów lekarskich jest niemożliwém danie wyczerpującéj odpowiedzi na przedłożone pytania".

W skutek tego orzeczenia zarządził sąd powtorną ekshumacyję zwłok dziewczyny i zbadanie tym razem większych ilości narządów i sukien zmarłéj. Przy tych czynnościach postępowano już ściśle według istniejących przepisów i przesłano chemikom sądowym 9 naczyń, wypełnionych rozmaitemi częściami ubrania i ozdób znalezionych na zwłokach, całych grup mięśni odnóg, trzewa, ziemię z pod trumny i z innego miejsca tegoż cmentarza, z wyraźném żądaniem ilościowego oznaczenia. Rezultat badania chemicznego był wielce zajmujący, gdyż w trzewach znaleziono zaledwie spostrzegalne ilości, gdy natomiast we włosach, a zwłaszcza sztucznych do ozdoby służących kwiatkach znaleziono znaczną ilość arsenu i miedzi. Powtórne badanie tedy usunęło w zupełności podejrzenie otrucia, co było zupełnie usprawiedliwioném po badaniu pierwszém. Okoliczność, że w narządach wewnętrznych znajdowano ślady arsenu, da się wytłumaczyć nieoględném postępowaniem przy pierwszéj ekshumacyi i nie zwracaniem uwagi na inne przedmioty znajdujące się w trumnie obok zwłok, w protokole pierwszéj ekshumacyi nie było nawet wcale wzmianki o tych przedmiotach, których znaczenie było rozstrzygającém w téj ważnéj sprawie.

Nie pierwszy to już przypadek tego rodzaju a doświadczenia, poczynione w tym względzie, powinnyby pouczyć raz na zawsze wszystkich znawców, mających przedsiębrać ekshumacyję. L. i M. radzą w takich przypadkach częstsze przybieranie chemików jako znawców, rada ta jednak nie wejdzie w użycie ze względu na oszczędność tutaj wcale nie na miejscu będącą. (*Wiener med. Blätter*, 1884, Nr. 1, 2, 3). *Dr. Schaitter.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

III. Posiedzenie zwyczajne Tow. lek. krak. z dnia 20go lutego 1884 r. Przewodniczący kol. Kwaśnicki. Członków obecnych 34.

1) Przewodniczący zawiadamia o ustąpieniu kolegi stenografa z powodu braku czasu, przyczém oświadcza, iż Komitet na najbliższém posiedzeniu przedstawi Towarzystwu odpowiednie wnioski, celem załatwienia sprawy protokółów.

2) Kol. Pieniążek przedstawił 4ch chorych ze zwężeniem krtani, leczonych za pomocą wprowadzania czopków cynowych Schröttera i okazał sposób ich wprowadzania.

3) Kol. Schramm przedstawił chorego, u którego prof. Mikulicz dokonał wycięcia migdałka lewego, zajętego nowotworem rakowym, za pomocą faryngotomii.

Chory, o którym mowa, przybył do kliniki chirurgicznéj dnia 14 stycznia b. r. z powodu nowotworu migdałka prawego. Nowotwór miękki od strony jamy ust nieco owrzodziały zajmował dokładnie okolicę migdałka prawego, sięgał ku górze aż do podstawy czaszki, ku dołowi do krtani i zajął już część podniebienia miękkiego. Na zewnątrz już za kątem szczęki dolnéj znajdował się guz wielkości pięści, zostający z guzem w jamie ustnéj w ścisłym związku. Trudność połykania, bezdech i częste krwotoki z nowotworu skłoniły chorego do szukania pomocy lekarskiéj.

Dnia 16 stycznia przystąpił prof. Mikulicz do operacyi. Chorego zaczęto chloroformować, lecz zaraz z początku wystąpił nagły i silny bezdech, który nie ustąpił mimo wyciągnięcia języka ku przodowi i z tego powodu wykonał prof. M. jak najprędzéj tracheotomiję, założył kaniulę, przez którą dalsze narkotyzowanie odbyło się bez żadnych zaburzeń.

W celu wydobycia nowotworu użył prof. M. podanego przez siebie sposobu, który jest już znany z opisu podanego przez prof. M. w 46 i 49 numerze Przeglądu Lek. z r. 1883. Zatém poprowadzono cięcie od wyrostka sutkowego wzdłuż brzegu mięśnia sutko obojczykowego 7cm. długie, przecięto części miękkie aż do szczęki dolnéj, którą na wysokości kąta przepiłowano w kierunku pionowym po odsunięciu okostny, tak, że błona śluzowa ust została nietknięta a punkty przyczepienia zostały zachowane, poczém wyłuszczono całe ramie wstępujące szczęki dolnéj. Następnie oddzielono obrzęk zewnętrzny od sąsiednich części z wielką trudnością z powodu licznych zrostów i ścisłego połączenia z nerwami i naczyniami tak, że nerw podobojczykowy musiano przeciąć a tętn. szyjna została odsuniętą zupełnie w rozciągłości 4cm. Po dokładném zatamowaniu krwotoku przecięto wreszcie błonę śluzową jamy ust, na któréj się jeszcze nowotwór trzymał i tym sposobem dokończono operacyi. Jama powstała była bardzo znaczna, tak że przez ranę zewnętrzną widać było jak najdokładniéj koniec języka, wejście do krtani i przeciwległą ścianę przełyku. Do przełyku włożono gruby sączek, który przyszyto do skóry, całą ranę wytamponowano 30% gazą jodoformową i założono opatrunek ustalający głowę i szyję.

Chory nie gorączkował zupełnie, ciepłota ani razu nie doszła do 38°. Ósmego dnia po operacyi wyjęto gazę jodoformową zupełnie bezwonną, cała przestrzeń ranna pokrytą była już zdrowemi brodawkami, w głębi widać było mocno obrzmiałą nagłośnię. Opatrunek jak poprzednio. Dwunastego dnia zmieniono opatrunek powtórnie. Rana znacznie się zmniejszyła. Obrzęk nagłośni prawie ustąpił. Wyjęto rurkę z połyku, poczém przekonano się, że chory umie już sam połykać, przyczém tylko mała część płynu dostaje się do krtani. Wyjęto również kaniulę z tchawicy. Ranę całą wypełniono gazą jodoformową i założono opatrunek ustalający. Odtąd gojenie postępowało bardzo szybko. Rana z każdym prawie dniem malała, a dziś prawie w 4 tygodnie po operacyi pozostała jeszcze mała przetoka, przez którą dobywa się nieco płynnych pokarmów. Oddech chorego swobodny, głos nieco jeszcze chrapliwy, porażenia więzadeł nie ma, odżywianie zupełnie prawidłowe. Wycięcie ramienia wstępującego nie pozostawiło żadnych złych skutków, gdyż nawet nie ma oszpecenia, zęby górne i dolne schodzą się prawie zupełnie, tak że chory może żuć zupełnie dobrze. Wreszcie przecięcie nerwu podjęzykowego nie pociągnęło za sobą prócz porażenia prawéj połowy języka i to niezupełnego, żadnych innych następstw, zwłaszcza uczucie smaku jest na całym języku jednakowe.

4. Kol. Trzebicky przedstawił chłopca 5cio letniego, u którego prof. Mikulicz wyciął dnia 22 stycznia b. r. kawał kiszki stolcowéj wypadniętéj przez otwór stolcowy. Chłopiec ten od 2 lat cierpiał na biegunkę i w ciągu tego czasu matka dość często uważała, że z otworu stolcowego kiszka wypadała, ale po chwili znów się cofała. Dopiero około Nowego roku wypadł znaczniejszy kawał kiszki na zewnątrz i mimo usiłowania odprowadzenia go stale już pozostał zewnątrz otworu stolcowego. Chory w ciągu ostatnich trzech tygodni podupadł bardzo znacznie na siłach, stracił zupełnie apetyt, miał ciągłą biegunkę i leżał stale w łóżku w położeniu kolankowo-łokciowém. Po 3ch tygodniach przyniesiono go w następującym stanie do kliniki. Chło-

piec bardzo licho odżywiony, narządy klatki piersiowéj prawidłowe, brzuch miernie wzdęty zaledwie przy znacznym ucisku bolesny. Z otworu stolcowego zwisało ku dołowi ciało walcowate, ku przodowi i ku stronie prawéj nieco wypukłe, 11cm. długie, przechodzące bezpośrednio w brzegi otworu stolcowego. W błonie śluzowéj pokrywającéj cały ten obrzęk ciemno-czerwono zabarwionéj, pokrytéj miejscami grubą warstwą śluzu, dość liczne wybroczyny; przybłonek szmatami odpadał. Dolna część wypadniętéj kiszki na około otworu, w który można było wsunąć wygodnie koniec palca, była już obumarła. Rozpoznano wypadnięcie całkowite kiszki stolcowéj a prof. Mikulicz postąpił tu w podobny sposób, jak dnia 12go czerwca z. r. w podobnym przypadku w szpitalu św. Łazarza. Poprowadził naprzód cięcie poziome 3cm. długie na 2cm. poniżéj otworu stolcowego przez wszystkie warstwy kiszki zewnętrznéj. Następnie za pomocą szwu jedwabnego Lemberta zespoił górny brzeg kiszki zewnętrznéj z leżącą pod nim a nieprzeciętą jeszcze ścianą kiszki wewnętrznéj. Po têm krok za krokiem przecinał kiszkę zewnętrzną i zespajał ją z kiszką wewnętrzną zapobiegając tym sposobem cofnięciu się kiszki wewnętrznéj ku górze. Przymocowawszy już kiszkę zewnętrznie w całym obwodzie do wewnętrznéj odciął tuż po niżéj linii szwów i kiszkę wewnętrzną i zespoił jeszcze razem błony śluzowe obu kiszek. Pozostały kikut 2cm. długi dał się bardzo łatwo wprowadzić przez otwór stolcowy na wewnątrz.

Chory przez pierwsze 10 dni po operacyi dostawał wyłącznie pokarmów płynnych, a dla zatrzymania stolca dwa razy dziennie 2—5 kropli *Tra opii*, a oprócz tego wprowadzano mu jeszcze czopki z *butyrum cacao*, jodoformu i opium. Mimo tych środków rozwolnienie stale przez pierwszy tydzień się utrzymywało. Chory przez pierwszych dni 11 gorączkował, najwyższa ciepłota była drugiego dnia po operacyi (39·4°). Tętno w ciągu pierwszych dni wahało się pomiędzy 120—172. Śladów ogólnego zapalenia otrzewny nie było wcale, utrzymywało się tylko znaczne wzdęcie brzucha i mierna bolesność ponad skrzywieniem *S romanum*. Dziś chory jest zupełnie zdrów, wszystkie funkcyje odbywają się prawidłowo. Przy badaniu przez odbytnicę czuć w wysokości 2—3cm. ponad otworem stolcowym bliznę obrączkową, miękką, zwężającą światło kiszki, przez którą jednak koniec palca przeprowadzić można.

Na têm posiedzenie zakończono. *Dr. Szymkiewicz.*

VIII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Komisyja sanitarna krakowska odbyła w dniu 11 b. m. pod przewodnictwem r. m. Dra Warschauera posiedzenie zwykłe, na którém po załatwieniu drobnych spraw bieżących radca magistr. Dr. Szymkiewicz zawiadomił o wykonaniu niektórych dawniejszych uchwał komisyi sanitarnéj, zapewnił, że i inne będą wykonane a fizyk miejski przedłożył opiniję proff. Drów Janczewskiego, Łazarskiego i Rostafińskiego wydaną na prośbę komisyi sanitarnéj w sprawie rozróżnienia grzybów zasuszonych jadowitych od niejadowitych i chronienia tym sposobem ludności od niebezpieczeństwa otrucia się tym ważnym artykułem konsumpcyjnym. Opiniję tę zawierającą nader cenne i popularne skazówki przyjęto z podziękowaniem i uchwalono podać do wiadomości ogółu za pośrednictwem dzienników miejscowych i stosownych obwieszczeń. Następnie fizyk miasta Dr. Buszek przedstawił cyfry odnoszące się do śmiertelności w Krakowie w roku 1883, z których się pokazuje, iż śmiertelność zmniejszyła się znacznie, mianowicie z chorób zakaźnych, co niewątpliwie zostaje w związku z rozmaitemi zarządzeniami higijenicznemi komisyi sanitarnéj. Do długiéj i gruntownéj dyskusyi dały powód cyfry odnoszące się do ospy, choroby dającéj się nader prostym sposobem uniknąć, gdyż umierają na nią tak samo w Krakowie jak i gdzieindziéj prawie wyłącznie osoby nieszczepione. Zgodzono się jednomyślnie, iż jedynie zaprowadzenie przymusowego szczepienia mogłoby uwolnić od choroby, o któréj mowa. Na wniosek r. m. Dra Domańskiego postanowiono wypracować stosowny memoryjał w téj sprawie dla Rady miejskiéj poruczając czynność tę podkomisyi złożonéj z wnioskodawcy, doc. Dra Zarewicza i Dra Buszka. W dalszym ciągu dyskusyi uznano potrzebę ustawy, zresztą już w innych krajach zaprowadzonéj, nakazującéj przenosić do szpitala ludzi cierpiących na choroby zakaźne, jeżeli w domu nie mogą być należycie odosobnieni. Wypracowanie stosownego przedstawienia do Władz wyższych polecono fizykowi miasta Drowi Buszkowi. Sprawę zapobiegania rozchodzenia się szkodliwych gazów przy pompowaniu nieczystości kloacznych przyrządami ręcznemi przekazano celem poczynienia odpowiednich wniosków r. m. Drowi Domańskiemu. Sprawę rozpoznania pod względem sanitarnym planów na budowę domu dla chorych nieuleczonych fundacyi śp. Helclowéj oddano już komisyi z proff. Drów Obalińskiego i Stopczańskiego tudzież Dra Paszkowskiego. Sprawę założenia szkoły pływania i stałéj instrukcyi dla miejskiéj służby zdrowia odłożono dla spóźnionéj pory do następnego posiedzenia.

W załatwieniu wniosku Komisyi sanitarnéj zmierzającego do uchronienia, o ile można, ludności od otrucia się grzybami zasuszonemi otrzymał p. Prezydent miasta Krakowa następujące pismo:

W odpowiedzi na uprzejme pismo z dnia 14 grudnia 1883 l. 37.836, które w końcu tegoż miesiąca rąk naszych doszło, po wzajemném porozumieniu się mamy zaszczyt odpowiedzieć co następuje:

Co do zasadniczéj kwestyi, czy można grzyby trujące od nietrujących w zasuszonym stanie rozpoznać, rzecz tę w ogóle rozwiązać niepodobna. Jak bowiem powszechnie wiadomo, tylko znajomość wszystkich jadalnych, tj. zdrowiu nieszkodliwych gatunków, w świeżym stanie pozwala uchronić się od spożycia trujących. Cechy zaś tych pożytecznych grzybów po ich zasuszeniu tak giną, że oznaczenie, czy grzyb w takim stanie będący jest trujący czy téż nim nie jest i tylko za pomocą odpowiednich badań mikroskopowych i farmakologicznych, w każdym specyjalnym przypadku przeprowadzonych, może być stwierdzone.

Jednakże jedna okoliczność zasługuje na uwzględnienie i może mieć nawet w praktyczném zastósowaniu pewną doniosłość. Z pomiędzy wszystkich grzybów kapeluszowych jedne mają na spodniéj stronie kapelusza szereg blaszek rozchodzących się promienisto od trzonka, jak np. zwykła pieczarka, kiedy tymczasem inne mają spód kapelusza mięsisty, opatrzony tylko licznemi dziurkami, gęsto obok siebie stojącemi, jakby cały pokłuty, tak np. różne borowiki czy maślacze należące do rodzaju *Boletus*. Te cechy po zasuszeniu są jeszcze widoczne; w pierwszym razie znać zeschłe blaszki, w drugim spód grzyba zdaje się być jednolitym albo nader delikatnie dołeczkowany. Wprawdzie tak między grzybami mającemi blaszki jak i z pośród gatunków z dołeczkami na spodniéj stronie kapelusza są gatunki jadalne i trujące, ale między pierwszemi jest ich mnóstwo. Ograniczenie więc sprzedaży zasuszonych grzybów do takich, których spód kapelusza nie ma blaszek, zmniejszyłoby prawdopodobieństwo zatrucia do wysokiego stopnia.

Wreszcie zaznaczyć można, że wszystkie trucizny grzybów są bardzo łatwo rozpuszczalne w gorącéj wodzie, zwłaszcza lekko zakwaszonéj np. octem. Nawet więc trujący grzyb po kilkakrotném sparzeniu może być bez szkody używany. Rzeczywiście jadamy np. smardze *(Morchella)*, które są stanowczo bardzo trujące, bez szkody, tylko dla tego, że wszystkie przepisy kuchenne polecają trzykrotnie zlewać wodą, w któréj się gotują, przed ich spożyciem.

Kraków dnia 31 Stycznia 1884.

Dr. Rostafiński, *Dr. Ed. Janczewski*, *Dr. J. Łazarski.*

Statystyka epidemij. W tygodniu od 24 lutego do 1 marca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 44,5. Z ospy umarło 14 (8 z. t.); z odry 1 (0 z. t.); z płonicy 1 (2 z. t.); z błonicy 0 (2 z. t.); z duru brzusznego 0 (2 z. t.); z gorączki połogowéj 1 (0 z. t.); z róży 1 (1 z. t.); z kiły 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 14 przypadkach ospy (10 z. t.), 5 płonicy, 2 odry, 2 duru brzusznego, 1 błonicy, 1 róży. W tygodniu od 17—29 lutego umarło 4 z ospy w Londynie. Leczyło się w szpitalach 137, świeżo zapadło 29. W Liverpolu, Petersburgu, Granadzie i Baltimore umarło po 1, w Wiedniu, Lizbonie, Bombayu po 2, w Brukseli 12, w Warszawie, Birminghamie i Madrycie po 3; w Murcyi 4, w Paryżu 6, w Maladze 14, w Rio de Janeiro 16, w Nowym Orleanie 21, w Pradze 34. Z duru osutkowego umarło w Murcyi i Saragosie po 1, w Maladze 2, w Petersburgu 4, w Madrycie 5. Odra pa

nuje w Paryżu, Londynie i Petersburgu, błonica w Tryjeście i Paryżu; krztusiec w Londynie. Z cholery umarło w Kalkucie od 9—15 grudnia 24, w Bombayu od 16—22 stycznia 22. W Rio de Janeiro umarło 16 osób od 16—23 grudnia.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 17—23 lutego umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 48,2; w Warszawie 25.8; w Poznaniu 26,3; w Wiedniu 28,9; w Pradze 35,5; w Tryjeście 36,5; w Berlinie 23,6; we Wrocławiu 34,2; w Gdańsku 33,8; w Mnichowie 35,1; w Dreźnie 29, w Lipsku 28,7; w Bazylei 20,1; w Brukseli 29,1; w Amsterdamie 25,5; w Hadze 19,0; w Paryżu 24,1; w Londynie 20,2; w Kopenhadze 18,5; w Stokholmie 28,1; w Chrystyjanii 20,0; w Petersburgu 38,2; w Odesie 25,9; w Rzymie 31,3; w Wenecyi 26,3; w Bukareszcie 53,3; w Madrycie 40,0; w Lizbonie 38,6; w Aleksandryi 31,9; w Nowym Jorku 23,2; w Filadelfii 26,0; w Rio de Janeiro 42,0; w Bombayu 29,7.

J. B.

Śmiertelność we Lwowie (liczącym 115.544 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). Od 17 do 23 lutego r. b. zmarło osób 88 co odpowiada na rok i 1000 ludności: 39·6. W tym czasie zmarła 1 osoba z dyfteryi, 2 z dławca, 3 z krztuśca, 1 z duru brzusznego, 1 z duru wysypkowego, 1 z gorączki połogowéj.

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 12 marca. Z początkiem kwietnia wyjdzie z druku hydroterapija napisana przez Dra St. Smoleńskiego, kierownika zakładu wodoleczniczego w Jaworzu na Szląsku austr. Dzieło to objętości przeszło 12 ark. druku, wydane staraniem i nakładem Wydawnictwa dzieł lek. polskich w Krakowie, zostanie Członkom i Prenumeratorom Wydawnictwa rozesłane bezpłatnie jako premijum za r. 1883.

* Wydział krajowy w skutek przedstawienia Komitetu administracyjnego orzekł, że § 7 instrukcyi szpitalnéj nakłada na lekarzy ordynujących w szpitalu św. Łazarza w Krakowie obowiązek ogłaszania sprawozdań rocznych, oraz wyraził życzenie, aby temu obowiązkowi stało się zadosyć.

* Jako dodatek do ostatniego Nru Časop. lek. česk. wyszedł: Differenční slovnik lékařský česko-polský a polsko-český zestawiony przez docenta Dra Karola Chodounskiego (in 4to str. 16). Słownik lekarski czesko-polski bardzo jest na czasie ze względu na coraz serdeczniejsze stosunki nasze z kolegami czeskimi i żywą chęć zapoznania się z piśmiennictwem ich lekarskiém. Żałujemy tylko, że kol. Chodounský poprzestał na małéj części wyrazów lekarskich a nieopracował całkowitego słownika, przez co oddałby wielką usługę tak Czechom jak i nam. Spodziewajmy się, że pracowity kolega zechce pracę swoją uzupełnić.

* Otrzymaliśmy następujące

Sprawozdanie z czynności Wydziału lekarskiego Tow. Nauk. Akad. Pol. w Berlinie za półrocze zimowe 1883/4 r. W półroczu zimowém 1883/4 r. liczył Wydział lekarski 15 członków, a więc jednego mniéj niż w półroczu letniém 1883 r.; w Towarzystwie Naukowém zaś zapisanych było słuchaczów medycyny 25. Posiedzeń, które się odbywały, tak, jak w przeszłém półroczu, co dwa tygodnie, było ogółem 7, na których, oprócz zwykłych wykładów terminologicznych z dziedziny anatomii i fizyjologii, następujący koledzy wygłosili swe prace: 1. kol. Franciszek Panek: „O błonicy czyli dyfteryi.“ 2. Kol. Stanisław Gintrowicz: „O ciałkach krwi pod względem fizyjologicznym“. 3. Kol. Aleksander Neyman: „Fizyjologija moczu“. 4. Kol. Józef Trzciński: „O powstawaniu wykrzywień stosu kręgowego“. 5. Kol. Józef Krzymiński: „O żarnicach czyli odrze“. 6. Kol. Teodor Kubacki: „O mechaniźmie widzenia“. 7. Kol. Leon Szulc: „O tkance łącznéj“. Biblijoteka lekarska powiększyła się znowu o kilka dzieł bądź zakupionych, bądź téż Wydziałowi przysłanych. Łaskawym ofiarodawcom składamy niniejszém nasze serdeczne podziękowanie.

Do Zarządu Wydziału lekarskiego należeli w półroczu zimowém kol. Mikołaj Witczak jako prezes; kol. Franciszek Kożuszkiewicz jako skarbnik i kol. Aleksander Neyman jako pisarz.

Na półrocze letnie 1884 r. wybrano kol. Józefa Krzymińskiego prezesem, kol. Franciszka Kożuszkiewicza skarbnikiem i kol. Aleksandra Neymana pisarzem.

Berlin, dnia 23 lutego 1884 r.

Mikołaj Witczak, przewodniczący. *Aleksander Neyman*, pisarz.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Petersburg.** Dr. Nikitin mianowany został docentem laryngologii w Akademii lekarskiéj.

* **Mianowania.** Docenci prywatni anatomii patologicznéj w Rostoku, Dr. Neelsen, ginekologii Dr. Weiss w Kielu i Dr. Stilling w Strasburgu mianowani zostali profesorami nadzw.

Piśmiennictwo lekarskie Dr. Jordan: Jakiém postępowaniem można gorączce połogowéj zapobiedz? Kraków 1884.

Rozprawa powyższa opracowana na wzór podobnéj Brenneckiego z Magdeburga w objętości $1\frac{1}{2}$ arkusza druku, obejmuje prócz przedmowy, trzy części i dodatek.

W części pierwszéj znajdujemy odpowiedź na pytanie: z jakiéj przyczyny powstaje gorączka połogowa i w jaki sposób można jéj zapobiedz. W krótkich słowach podaje autor pojęcie choroby zakaźnéj, jaką jest gorączka połogowa i wykazuje, że w celu zaradczym używanie środków przeciwgnilnych jest koniecznem.

Część druga omawia zasady postępowania przeciwgnilnego podczas porodu i połogu, a mianowicie podaje praktyczne uwagi, jak środków przeciwgnilnych używać, jak w łatwy sposób potrzebne roztwory przygotować, a wreszcie zaleca ostrożność ze względu na żrące i trujące własności tychże.

Trzecia część odnosi się do zachowania się położnych w obec przypadków nieprawidłowych. Część ta opracowana obszerniéj aniżeli w pracy Brenneckego, zastósowana bowiem do istniejących u nas stosunków, mieści napomnienia dla położnych, kiedy mają niezwłocznie wzywać pomocy lekarza. Nadto ostrzega je przed łatwością przeniesienia zakażenia, jeśli położna udaje się od choréj do zdrowéj położnicy i przypomina w téj mierze przepisy ministeryjalne.

W dodatku zamieszcza autor uwagi zbijające zdanie, z którém niestety spotyka się zbyt często każdy lekarz w praktyce, tj. „że dawniéj kobiety rodziły same bez lekarzy i kwasu karbolowego, a i tak dobrze było.“ Udowodniwszy wymownemi cyframi statystycznemi, że było źle, odzywa się autor do władz i towarzystw dobroczynnych opiekujących się położnicami, aby się zajęły rozdawaniem leków przeciwgnilnych, co, jak słusznie powiada, więcéj przyniesie korzyści ludzkości, aniżeli leczenie i pielęgnowanie, skoro się choroba już rozwinęła.

Wszystko, co w tych ramach powiedzieć się dało i co każda kobieta brzemienna wiedzieć powinna, znajduje się w téj broszurze opracowanéj jasno i zrozumiale.

Kwestyja zapobieżenia powstawaniu gorączki połogowéj była w ostatnich latach bardzo często obrabianą, a wynikiem jest pewnik, że najskuteczniéj możnaby jéj powstawaniu zapobiedz przez rozpowszechnienie zasad postępowania przeciwgnilnego. Wszędzie, gdzie lekarz styka się bezpośrednio z chorym, postępowanie to łatwo się przyjmuje i dla tego téż we wszystkich gałęziach chirurgii rozpowszechnia się szybko, docierając do najodleglejszych zakątków. Inaczéj rzecz się ma w położnictwie, tutaj bowiem lekarz rzadko tylko kieruje prawidłowemi porodami i dogląda prawidłowych połogów, zwykle bowiem osoby mało inteligentne, tj. położne, są kierowniczkami tychże. Osoby te nie zbyt skłonne do rozpowszechniania zasad, które im są uciążliwe, potrzebują koniecznie nadzoru i kontroli.

Obowiązkiem przeto jest, jużto lekarzy, jużto władz odnośnych, starać się o rozpowszechnienie zasad postępowania przeciwgnilnego; wreszcie i publiczność sama winna się zapoznać z niemi.

Popularyzowanie nauk ścisłych nie zawsze jest łatwém, a źle wykonane częstokrotnie nawet szkodliwém, dla tego téż każdą pracę, która odpowiada wymogom dobréj rozprawy popularnéj, witamy chętnie, a to tém więcéj, ile że piśmiennictwo nasze wielkim zasobem prac podobnych poszczycić się nie może. Naturalném przeto jest, że z radością ujrzeliśmy pracę Dra Jordana, która na to ze wszech miar zasługuje. Zaleca się ona jednak nie tylko tém, że jest dobrze napisaną, ale co ważniejsza (jak to z poprzednich uwag wynika), że jest obecnie na czasie i że omawia kwestyję ważną, bo społeczną. W obec tego po-

winna się ona znajdować nie tylko w ręku każdéj czytającéj brzemiennéj, która wiedzieć powinna, co jéj zagraża, ale i każdéj położnéj, która z niéj nauczy się postępowania przeciwgnilnego i znajdzie wskazówki, jak je praktycznie zastósować. Powinna daléj znajdować się w ręku każdego lekarza zajmującego się położnictwem, aby ją mógł w interesie publiczności i dobrze zrozumianym własnym rozpowszechniać. Cóż bowiem znaczy najsumienniejsze postępowanie przeciwgnilne ze strony lekarza, jeżeli go położne i położnice nie przestrzegają, i na odwrót. Powinny wreszcie odnośne władze i zakłady dobroczynne podjąć tę broszurę, jużto aby ją rozpowszechnić, jużtéż aby skorzystać z uwagi, która zaleca rozdawanie środków przeciwgnilnych biednym bezpłatnie na żądanie lekarza lub położnéj, jak się to już od dłuższego czasu w Danii i innych krajach praktykuje i pożądane owoce przynosi.

Jedyny zarzut, jaki pracy Dra Jordana uczynić możemy, jest ten, że jest za drogą. Za pracę popularną obejmującą półtora arkusza druku cena 30 centów jest za wysoką, co niezawodnie na rozpowszechnienie wpłynąć musi niekorzystnie. W uznaniu społecznéj doniosłości téj broszury zwracamy się do autora, aby na wzór tanich niemieckich wydawnictw, nakład ile możności liczny a tani ponowił, mamy bowiem przekonanie, że puszczony w handel księgarski po całym kraju z łatwością się rozejdzie a autor do zasługi, że rzecz obrobił i wydał, doda jeszcze jednę nie mniéj ważną, że ją rozpowszechnił. *Dr. Mars.*

Nauka o budowie kształtów zewnętrznych ciała ludzkiego (anatomija artystyczna). Napisał i rysunkami objaśnił Władysław Łuszczkiewicz prof. szkoły sztuk pięknych. Z 49 tablicami, w Krakowie, nakładem szkoły sztuk pięknych 1883 folio str. 59.

Podług planu nauk, jaki obowiązywał dawniéj szkołę sztuk pięknych w Krakowie, wykład tak zwanéj anatomii artystycznéj należał do profesora malarstwa; prof. Łuszczkiewicz zatém prawie przez całe ćwierć wieku nauczał tego przedmiotu —Brak w literaturze polskiéj obszerniejszego dziełka o anatomii artystycznéj skłonił nowo mianowanego dyrektorem szkoły sztuk pięknych znakomitego naszego artystę J. Matejkę, iż zachęcił autora do zajęcia się napisaniem dzieła tego rodzaju. Wprawdzie w r. 1877 otrzymała zreorganizowana szkoła sztuk pięknych, dziś nosząca tytuł Akademii, osobną katedrę anatomii, którą zajął prof. Uniw. Dr. Teichmann, ale praca Dra Łuszczkiewicza członka czynnego Akademii Umiejętności i przewodniczącego komisyi dla historyi sztuki, poprzednio wykończona i w rękopiśmie zostająca, zasługiwała na ogłoszenie drukiem, co téż obecnie dokonaném zostało.

Autor dzieło swe podzielił na trzy części: w pierwszéj (s. 1—26), objaśnionéj 16 tablicami zajmuje się budową kościstą postaci człowieka, mówi zatém o kościach i kształtach, jakie one wywołują, przechodzi kolejno kości pojedynczych części ciała opisując je szczegółowo, wreszcie przechodzi do zasady ruchów kości i granic tychże ostatecznych. Druga część (s. 26—55), do któréj należą 33 tablice, zajmuje się budową muszkularną postaci ciała ludzkiego, mówi o mięśniach i formach miękkich ciała, oraz ich zmianach podczas ruchu. Trzecia i ostatnia część najkrótsza (s. 56—59) poucza o wpływie skóry i tkanek na kształty i ubarwienie ciała.

Autor pracą swą zrobił nie małą przysługę nie tylko uczniom szkoły sztuk pięknych, ale i artystom skończonym, którzy przy wykonywaniu dzieł sztuki nie chcą odstępować od zasad przyrody, lecz chcą być jéj wiernymi naśladowcami. Wykład autora jest jasny i zrozumiały, opisy ścisłe i dokładne, nazwy mięśni i kości powszechnie używane, lubo w niektórych miejscach odstępują od słownictwa przyjętego przez Komisyję terminologiczną Towarzystwa lekarskiego, i tak: mięsień trębacki nazwano m. trębaczowym, m. czołowy m. czolnym, m. kruczobarkowy m. krukobarkowym, lubo są to usterki mniejszego znaczenia. Tablice objaśniające, autografowane podług rysunków autora, choć nie należą do ozdobnych, są odbite czysto i wyraźnie, na dobrym papierze, a co ważniejsza stanowią dokładne objaśnienie tekstu dzieła; napisy dołączone zaraz obok rysunków ułatwiają bardzo zrozumienie tychże. Nie wątpimy, że praca prof. Łuszczkiewicza znajdzie zasłużone uznanie w kołach artystycznych, dla których jest przeznaczoną i rychło się rozpowszechni po kraju. *W. Ściborowski.*

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 10: Nenckiego: Projekt regulaminu żywienia w szpitalach warszawskich; Łuczkiewicza: W sprawie zaraźliwości suchot płucnych; Heringa: Grzybica włoskowcowa (dok.). — W *Medycynie* Nr 11: Majkowskiego: Sprawozdanie lekarskie z zakładu w Busku za rok 1883; Łuczkiewicza: O zawiłości klinicznych form chorób mózgowych (dok.).

Redakcyja otrzymała:

H. PACANOWSKI (w Warszawie): Kilka uwag nad przebiegiem tyfusu brzusznego i wysypkowego. (Odbitka z „Gazety Lek") Warszawa 1883, in 8vo str. 53.

Tenże: Wrodzone połączenie komórek sercowych. (Odbitka z „Gazety Lek.") Warszawa 1883, in 8vo str. 28 z tabl.

Tenże: Obecny stan nauki o peptonach w moczu. (Odbitka z „Kroniki Lek. 1883) in 8vo str. 10.

Piśmiennictwo lekarskie. BOUCHUT E. Clinique de l'Hopital des enfants-malades. 8. Paris, J. B. Baillière et fils. Fr. 8.

BROUARDEL P. Des causes d'erreur dans les expertises relatives aux attentats à la pudeur. 8 Paris. J. B. Baillière et fils. Fr $1\frac{1}{2}$.

DEGEN Ludw Der Typhus u. die Verunreinigung d. Bodens. Eine hygien. Studie. Mit 10 Holzschn. gr. 8. München, Lindauer. M. 4.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie **we czwartek** d. 20 marca o godzinie 6éj popoł. **w Sali wykładowéj kliniki okulistycznéj** posiedzenie zwyczajne, na którém kol. Rydel przedstawi dwóch chorych, u których leczono jaglicę za pomocą jequirity, a po załatwieniu porządku dziennego, niewyczerpniętego na posiedzeniu przeszłém, kol. Mikulicz mówić będzie o transfuzyi.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Do L. Mag. 23.658/1883.
IX.

OBWIESZCZENIE.

W celu zabezpieczenia pp. lekarzom miejskim na czas obowiązkowego szczepienia ospy ochronnéj w mieście Lwowie czystéj krowianki w ilości dostatecznéj, poszukuje Magistrat król. stoł. miasta Lwowa przedsiębiorcy dostawy świeżéj krowianki.

Mający chęć podjęcia się téj dostawy zechcą wnieść do Magistratu swoje oferty najdaléj do 30 marca 1884 i w takowych:

1) Wymienić cenę każdéj dubeltowéj kostki czyli fioli czystéj krowianki.

2) Oświadczyć się co do gwarancyi za krowiankę dostarczoną, mianowicie czy za krowiankę użytą do szczepienia bez pomyślnego skutku, udzielą inną bez zapłaty, tudzież czy poniosą koszta ewentualnéj przesyłki krowianki do Lwowa i inne wydatki, które wynikną z przyjęcia oferty przez Gminę miasta Lwowa.

Magistrat atoli bezwarunkowo zastrzega dla swych organów sanitarnych, jakotéż i członków miejskiéj Rady zdrowia każdego czasu prawo kontroli nad produkcyją krowianki dostarczanéj.

Magistrat król. stoł. miasta.

Lwów d. 20 Lutego 1884.

L. 12722/83.

OGŁOSZENIE.

WODY MINERALNE KRYNICKIE

należące do szczaw żelazistych i ze swéj skuteczności w różnych słabościach powszechnie znane utrzymuje w Ciechocinku Gąbczyński; w Husiatynie Friedmann; w Jarosławiu Wisłocki; w Kijowie Marcińczyk, Seidl; w Krakowie Goldwasser, Hawełka, Wentzl; we Lwowie Goldbaum, Mikolasch; w Przemyślu Kozłowski; w Tarnopolu Jamrogiewicz; w Tarnowie Traun; w Warszawie Heinrich, Lilpopp, Kucharzewski, Ziemieński; w Wiedniu Mattoni; w Wilnie Gruszewski.

Broszury i wyjaśnienia udziela na żądanie bezpłatnie c. k. Zarząd zdrojowy w Krynicy.

do L. 1408 ex 1884.
D. I. i d.

Ogłoszenie konkursu.

celem dostarczenia projektu na budowę nowego domu zdrojowego (Kurhaus) w c. k. Zakładzie zdrojowym w Krynicy.

W c. k. Zakładzie zdrojowym w Krynicy ma być wybudowany nowy gmach zdrojowy (Kurhaus) przeznaczony dla towarzyskiego użytku gości kąpielowych.

W celu pozyskania dla téj budowy odpowiedniego projektu w terminie nieprzekraczalnym do 1go Czerwca 1884 r. rozpisuje się niniejszém konkurs i zaprasza się do wzięcia udziału w tymże p. p. zawodowców budownictwa, zapewniając trzem autorom projektów, które jako najodpowiedniejsze uznane zostaną następujące nagrody, t. j.:

pierwszą nagrodę w kwocie	. . . .	1400 zlr. w. a.
drugą „ „ „	. . . .	700 „ „ „
trzecią „ „ „	. . . .	400 „ „ „

Program określający bliżéj warunki téj budowy i konkursu, tudzież dalsze inne wywody dotyczące stósunków lokalnych a odnoszących się do przedmiotu, o którym mowa, zasięgnąć można na cel powyższy w c. k. Dyrekcyi lasów i domen we Lwowie, gdzie takowe niezwłocznie wydawane będą każdemu zgłaszającemu zamiar wzięcia udziału w nadmienionem wypracowaniu konkursowém.

C. k. Dyrekcyja lasów i domen.

Lwów dnia 23go Lutego 1884.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 8 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 22 marca 1884. № 12. Rok XXIII.

I. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Skreślił prof. Dr. Blumenstok.

XII.

Morderstwo. Wątpliwy stan umysłowy.

Jan K., lat 52 liczący leśniczy, d. 20 stycznia 1883 r. między godziną 10 a 11 zrana wyszedł z miasteczka S. do karczmy w D., gdzie miał zejść się z Ignacym S., cieślą lat 20 i kilka liczącym, aby razem z nim dokonać czynności służbowéj. Przybywszy do karczmy zastał tam już Ignacego S., którego dopiero dniem wprzódy był poznał, i wysłał go do lasu, poczém pozostał w karczmie i pił kilka kieliszków wódki. Popołudniu Ignacy S. powrócił do karczmy i zdał sprawę leśniczemu z czynności swoich, na zaproszenie ostatniego usiadł a obaj wypili razem 3 kwaterki gorzałki, bawiąc się razem, śpiewając a nawet całując się, tak że spoufalenie się to leśniczego z młodym cieślą uderzyło karczmarkę; przez cały dzień Jan K. nic nie jadł prócz kawałka bułki. Było to koło godziny wpół do 9téj wieczorem, gdy karczmarka karmiąca dziecko swoje i klęcząc nachylona nad kolebką, usłyszała, że Jan K., który wtedy siedział zaledwie oddalony o krok od Ignacego S., nagle bez najmniejszego powodu wypowiedział słowa: „Zaraz cię zastrzelę,“ a gdy cieśla uważając oczywiście słowa te za żart odrzekł: „Pan leśniczy tego nie zrobi,“ Jan K. odezwawszy się po niemiecku: „*Ja, gleich bis du todt*,“ wstał spokojnie ze stołka, wziął dubeltówkę swoją, która przez cały dzień stała nabita opodal w oknie, zmierzył do Ignacego S., który tymczasem także był wstał i oddalił się na 1—2 kroków, i wypalił. Wszystko to stało się wedle zapewnienia karczmarki prawie w mgnieniu oka; kula przeszyła Ignacego S., który natychmiast padł trupem, zerwała następnie kawałek kolebki, przeszła przez nogę od ławki i utkwiła w piecu. Na widok tego, co zaszło, Jan K. zapytał się po niemiecku: „*Was ist geschehen, wer hat das gemacht, — die Kinder haben das gemacht*,“ chodził po izbie, oglądał trupa i niebawem bocznemi drzwiami wyszedł z karczmy. Na polu spotkał go wieśniak, który mu się ukłonił, a który jako świadek podaje, że leśniczy odkłonił mu się, że nie wyglądał na pijanego, bo szedł prosto i ostro zwykłą drogą ku miasteczku S., w którém była siedziba jego.— Bezpośrednio po wydaleniu się leśniczego karczmarz pojechał do S., aby zawiadomić żandarmeryję o zdarzeniu. Żandarm, który natychmiast udał się w drogę,—a było wtedy trzy kwadranse na 10tą, zaledwie wyjechawszy z miasta spotkał Jana K. powracającego, zatrzymał go i odebrał strzelbę, następnie kazał mu siąść i jechać ze sobą napowrót do karczmy w D., gdzie stać się miał przypadek; na co Jan K. odrzekł, że o żadnym wypadku nie wie, a usiadłszy powiedział: „Ja tę drogę swoją drogo porachuję.“ Mowa jego była npośledzoną, ale nie robił wrażenia człowieka tak pijanego, aby o sobie nie wiedział. Śród drogi nic więcéj ze sobą nie mówili, a przybywszy do karczmy i mając sobie okazane zwłoki Ignacego S., Jan K. rzekł, że człowieka tego nie zna, a na pytanie żandarma, z którym cieślą pił gorzałkę, odpowiedział, że nie wie. Żandarm podaje daléj, że podczas pobytu w karczmie Jan K. siedział na stołku zadumany, a na ponowne pytanie odrzekł z pewném zadziwieniem: „Czy to cieśla z B.,—a to mnie samemu bardzo żal, bośmy przecież obaj razem wódkę pili, a ja mu okazałem rysunek dębów ściąć się mających; bardzo mi żal tego człowieka, bo on mi nic nie był winien; jak się to stało, tego nie pamiętam.“ Późniéj znów mówił, że zdaje mu się, iż brał strzelbę i że podobnoś młotek od strzelby zahaczył się o nogę od krzesła i że strzelba jakoś wypaliła; powtarzał ciągle, że brał strzelbę i coś nią robił, ale tego nie pamięta.

W podobny sposób tłumaczył się Jan K. w więzieniu. Śledztwo wykazało, że podsądny pochodzi z Morawii i nie jest dziedzicznie obciążony. Ukończywszy 4 klasy normalne w 16tym roku życia wstąpił do praktyki leśniczéj, piastował

rozmaite posady w Morawii i Styryi, a w r. 1875 przybył do Galicyi jako leśniczy w N., skąd w r. 1881 przeniesiony został do S. Jest on żonaty i ojcem 7ga dzieci, wzrostu wysokiego, odżywienia miernego, o rysach twarzy inteligentnych. Wszyscy przełożeni i podwładni oddają mu najlepsze świadectwo. Usposobienie jego było łagodne, przyjacielskie; napijał on się atoli często, ale tylko piwem, rzadziéj winem, a bardzo rzadko używał gorzałki. W stanie upojenia bywał gwałtownym, tak że wtedy wszyscy go unikali, a co ważniejsza nie znosił napojów wyskokowych, tak że małą ilością upajał się. Od czasu przeniesienia go na obecną posadę w S. stał się posępnym, mieniąc się być pokrzywdzonym przez zarząd dóbr; w skutek tego częściéj zaczął nadużywać napojów wyskokowych i nieraz w stanie upojenia przychodziło do gwałtownych scen familijnych. Jeden ze świadków wręcz twierdzi, że Jan K. od czasu przybycia do S. cierpiał urojenie prześladowcze.

Prokuratoryja rządowa wniosła przeciw Janowi K. oskarżenie o morderstwo; przeciw aktowi oskarżenia obwiniony wniósł sprzeciw do Sądu Wyższego, który odsyłając akta śledcze zwrócił uwagę Sądu śledczego, że nie został wykazany przez śledztwo najmniejszy powód popełnienia tego czynu, a świadkowie twierdzą, iż obwiniony jest człowiekiem łagodnym, że bezpośrednio przed czynem pił wódkę z Ignacym S., był z nim w zupełnéj zgodzie a nawet śpiewali i całowali się ze sobą; że obwiniony według zeznania świadka cierpi na urojenie prześladowcze, — że całe zachowanie się jego przed, podczas i po czynie jest dotąd natury zagadkowéj, mianowicie słowa jego: „*Was ist geschehen* itd.,“ — z tych więc powodów staranne i oględne zbadanie stanu umysłowego jego jest wskazaném w myśl §. 134 p. k. [1]).

W skutek tego polecenia Sąd śledczy zarządził dochodzenie stanu umysłowego Jana K. przez znawców sądowych, Drów B. i T. Z wyjątkiem nieżytu oskrzelowego znawcy nie znaleźli żadnego zboczenia cielesnego, ani téż nie zdołali wykazać zboczenia umysłowego. Co do czynu samego i towarzyszących mu okoliczności podsądny tłumaczył się w obec znawców tak samo, jak przed żandarmem i sędzią śledczym. Uwzględniając wszystko to, o czém z aktów powziąść mogli wiadomość, pp. znawcy w orzeczeniu swém doszli do wniosku: „że jest zupełnie prawdopodobném i przypuszczal„ném, że Jan K. po użyciu znacznéj ilości wódki pod wpły„wem szkodliwym wyskoku popełnił czyn karygodny w sta„nie chwilowéj zupełnéj nieprzytomności umysłowéj.“

Nie poprzestając na tém orzeczeniu, już to z powodu doniosłości sprawy, już téż to z powodu, że orzeczenie nie liczyło się z wymogiem wyż powołanego artykułu ustawy o postępowaniu karném, Sąd śledczy przesłał akta Wydziałowi lekarskiemu z prośbą o wydanie wyczerpującego orzeczenia uzasadnionego w myśl powyższego artykułu.

Do historyi przypadku, podanéj wyżéj na podstawie aktów, dodać wypada, że w nich nie znaleziono żadnéj wzmianki, jakoby Jan K. kiedykolwiek przebył jakieś choroby cięższe lub żeby cierpiał na jakąś nerwicę.

Na materyjale więc dość szczupłym i wyniku ujemnym badania sądowolekarskiego Wydział lekarski widział się zmuszony oprzeć swoje zdanie, które opiewało jak następuje:

1) W danym przypadku zasługują na uwzględnienie następujące okoliczności:

a) Jakkolwiek w aktach nie ma podstawy do przypuszczenia, jakoby Jan K. był dziedzicznie obciążony, to jednak wszyscy świadkowie, którzy go znają od lat 8, to jest od czasu przybycia do Galicyi, podają, że dosyć często nadużywał napojów wyskokowych, że w takich razach bywał już to wesołym, już téż to gniewliwym a nawet gwałtownym.

b) Małe dawki wyskoku wystarczały u niego do wywołania stanu upojenia a zazwyczaj używał piwa, rzadziéj gorzałki.

c) W ostatnich dwóch latach w skutek przeniesienia go do S. był usposobienia więcéj ponurego, a nawet według zeznania świadka mawiał o fatum, które go prześladuje.

d) Według zeznania tegoż świadka na 2 dni przed czynem po wypiciu kilku szklanek piwa jeszcze dobitniéj skarżył się na los swój, przyczém wyraz twarzy jego miał być „strasznym.“

e) Jan K. poznał Ignacego S. dopiero na dzień przed czynem.

f) D. 20 stycznia Jan K. przybył do karczmy w D. między 10 a 11 przed południem a czyn nastąpił między 8 a 9 wieczór; obwiniony siedział więc przez 10 godzin prawie ciągle w karczmie, a mianowicie przez 4 godziny sam, potém razem z Ignacym S. Przez ten czas K. miał wypić sam parę kieliszków gorzałki, a następnie razem z Ignacym S. 3 kwaterki ($^3/_8$ litra) a prócz kawałka bułki nie jadł nic przez cały dzień.

g) Ani w ciągu kilkogodzinnéj zabawy wspólnéj, ani bezpośrednio przed czynem nie zaszło nic takiego, coby mogło wywołać gniew Jana K., a w szczególności nie zaszło nic podobnego ze strony Ignacego S.

h) Odezwanie się Jana K.: „Zaraz cię zastrzelę“ było więc nagłém, niespodzianém; uważał je téż S. za żart, jakkolwiek bowiem odrzekł: „Pan leśniczy tego nie zrobi,“ nie usiłował wcale ratować się ucieczką, owszem stanął na 1—2 kroków od Jana K., pomimo że tenże odrzekł: „*Ja gleich bist du todt*“ i sięgnął po dubeltówkę.

i) Czyn zatém Jana K. był całkiem nieuzasadnionym, popełniony nadto został bez względu na obecność świadków i możności uszkodzenia innych.

k) Bezpośrednio po czynie K. odezwał się w słowa: „*Was ist geschehen, wer hat das gemacht, die Kinder haben das gemacht,*“ chodził po izbie, oglądał trupa, a następnie niedługo potém wyszedł z karczmy zabrawszy dubeltówkę.

l) Świadek, który pierwszy spotkał Jana K. po za karczmą, podaje tylko, że ostatni odkłonił się, gdy go pozdrowił, i że szedł prosto i ostro.

m) Spotykamy się z Janem K. znów w $1^1/_2$ godziny po czynie; uszedł on tymczasem $^1/_2$ mili, dążąc do domu do S., żandarmowi daje się rozbroić i na żądanie jego siada na wóz. Przybywszy napowrót na miejsce czynu, nie poznaje trupa, nie wie, z kim pił wódkę, — po chwili dopiero przypomina sobie, że pił z cieślą i dziwi się jego śmierci, podając, że mocno żałuje tego człowieka, że jednak nie pamięta, jak się nieszczęście stało; późniéj przypuszcza, że strzelba wypaliła przypadkiem.

n) W 2 dni późniéj przesłuchany w Sądzie powiatowym opowiada, jak przepędził czas w karczmie d. 20 stycznia, czynu samego atoli nie przypomina sobie przypuszczając, że musiał być mocno pijanym; w szczególności nie pamięta strzału, ani chwili wyjścia z karczmy, przypomina sobie atoli spotkanie się z żandarmem.

[1]) Artykuł ten opiewa: „Jeżeli powstaną wątpliwości, czy obwiniony włada rozumem swoim, lub czy ulega zboczeniu umysłowemu, któreby znosiło jego poczytność, zarządzić należy badanie stanu ducha i umysłu obwinionego, a to zawsze przez dwóch lekarzy.“

2) Jakkolwiek śledztwo nie dostarczyło dowodu stanowczego, że K. podczas popełnienia czynu był pijanym, to nie dostarczyło wcale dowodu przeciwnego. Wszyscy świadkowie zgadzają się pod tym względem, że K. był podpitym nie tylko przed czynem, ale jeszcze w 1 ½ godzinie późniéj, nie przypuszczają jednak upojenia zupełnego, sądząc po spokojném zachowaniu się przed czynem i po okoliczności, że się nie zataczał, owszem, że chodził dobrze. Okoliczności te jednak niczego nie dowodzą, bo zachowanie się w upojeniu jest rozmaitém u każdéj prawie jednostki, a wystąpienie objawów ataktycznych (chodu niepewnego, zataczania się) niekoniecznie idzie w parze z zupełném upojeniem, a względnie z utratą samowiedzy.

3) Najważniejszym objawem, stanowiącym o braku samowiedzy w upojeniu jest amnezyja, odnosząca się do okresu, w którym samowiedza była zniesioną lub upośledzoną. Otóż K. zasłania się niepamięcią, podając, że czynu samego wcale sobie nie przypomina. Rozchodzi się jednak o to, czy amnezyja ta była rzeczywistą lub nie.

4) Pomijając okoliczność, że brak wszelkiéj pobudki czynu okropnego zdaje się z góry przemawiać przeciw posądzeniu Jana K. o udawanie niepamięci a względnie stanu upojenia,—to w danym przypadku za rzeczywistością amnezyi przemawiają następujące szczegóły:

a) Niedorzeczne odezwanie się Jana K. bezpośrednio po czynie;

b) Pierwsze jego twierdzenie w obec żandarma, że nie wie o żadnym przypadku w W. oraz niedorzeczne jego odezwanie się, że podróż tę drogo sobie policzy;

c) Niepoznanie trupa i nieprzypominanie sobie pijatyki z Ignacym S.;

d) Nieprzypominanie sobie właściwego faktu i rozmowy z żandarmem we dwa dni potém.

5) Pozornie przeciw amnezyi przemawia:

a) Świadome niby wyjście z karczmy i powrót do miasta;

b) Przypominanie sobie za powrotem do karczmy zajścia w obec niepamiętania go przy pierwszém przesłuchaniu w Sądzie w 2 dni późniéj.

Z uwagi jednak:

ad a) że jak chód pewny i energiczny nie wyklucza braku samowiedzy, tak dążenie w pewną stronę, zwłaszcza w kierunku znanym, zwykłym, nie wyklucza znacznego zamroczenia umysłu, jak to w nerwicach rozmaitych spostrzegamy;

ad b) że ogólnikowe (sumaryczne) przypominanie sobie czynu, spełnionego śród zamroczenia, w wielu przypadkach zdarza się niewątpliwie, a że to przypominanie było tylko sumaryczném, wynika z zeznania żandarma, albowiem K. z pewném zadziwieniem i niedowierzaniem przypuszczał możebność zastrzelenia Ignacego S., podając zarazem, że nie pamięta jak się to stało, — wreszcie, że to przypominanie sobie niedokładne miało miejsce dopiero w godzinę przeszło po spełnionym czynie, i to po marszu i jeździe na zimnie,— nie mamy podstawy do twierdzenia, jakoby amnezyja jego nie była rzeczywistą.

6) Uwzględniając więc:

a) przeszłość obwinionego, a mianowicie nadużywanie napojów obok zmniejszonéj odporności na wyskok, będącéj prawdopodobnie już objawem zwyrodnienia,

b) przytłumienie umysłowe, które spostrzeżono u niego w ostatnich latach,

c) przepędzenie 10 godzin na pijatyce w karczmie,

d) brak wszelkiéj pobudki czynu,

e) nagłe, czysto popędowe działanie,

f) zachowanie się po czynie, i

g) amnezyję —

Wydział lekarski oświadcza się za tém, że Jan K. w chwili dopuszczenia się czynu, o który jest obwiniony, znajdował się w stanie pomięszania umysłu (*Sinnenverwirrung*), w którém nie był świadom postępowania swego (§. 2 ustęp *c)* k. k). (Dok. n.)

II. Z kliniki prof. Widerhofera w Wiedniu.

Przypadek zimnicy codziennéj wyleczonéj za pomocą hydrochinonu.

Opisał Dr. Zygmunt Kniaziołucki,
Iszy sekundaryjusz w szpitalu św. Anny we Wiedniu.

Zachowując sobie obszerniejszą wiadomość o przeciwgorączkowém działaniu hydrochinonu u dzieci w najrozmaitszych chorobach na czas późniejszy, chcę obecnie opisać krótko przypadek zimnicy w bardzo krótkim przeciągu czasu hydrochinonem wyleczony. Muszę się na teraz zadowolić tym jednym przypadkiem, gdyż zimnica w Wiedniu z wyjątkiem części miasta położonych nad Wiedenką (*Wienfluss*) i nad kanałem Dunaju, jest chorobą zwłaszcza w wieku dziecięcym stosunkowo rzadką; tak że mimo ogromnéj obfitości materyjału (około 1.000 chorych stałych i 17.000 chorych przychodnich rocznie) w naszym szpitalu w najludniejszéj części Wiednia położonym i mimo starań w tym kierunku nie mogłem przez przeciąg więcéj niżli całego roku wyszukać więcéj chorych zimniczych, na którychby badanie kliniczne i leczenie przeprowadzić się dało. Dwa przypadki w ambulatoryjum napotkane usunęły się z pod dalszéj obserwacyi.

Dnia 10 lutego 1884 r. przyjęto do szpitala dziewczynkę lat 14 liczącą, nazwiskiem Teresa Zir, podług opowiadania już od pół roku cierpiącą na zimnicę z codziennemi napadami dreszczów, gorączki i potów. Zimnicę rozpoznałem pobieżnie w ambulatoryjum na podstawie samych wywiadów, że dziecko już od pół roku choruje na zimnicę, za czém także żółtawa w ziemistą wpadająca barwa skóry przemawiała.

Status praesens d. 10 lutego. Dziewczynka silnie zbudowana, dobrze odżywiona, barwa twarzy w ziemistą wpadająca. Badanie narządów piersiowych nie wykazuje nic nieprawidłowego. Brzuch płaski, miernie napięty, w okolicy śledziony przy ucisku bolesny, wątroba przekracza o 1 cm. łuk żebrowy, śledziona wyraźnie powiększona, namacalna, twarda, wymiar jéj poprzeczny wynosi 3 cm., wymiar podłużny 10 cm. Mocz nie zawiera białka.

Przez pierwsze trzy dni pozostawiono dziewczynkę bez żadnych leków, w celu przekonania się, czy i w jaki sposób zimnica występuje; *ut aliquid fecisse videatur*, zapisano tylko czystą *mixturam gummosam*.

Dnia 10 lutego o godzinie 2 ½ po południu dostało dziecko dreszczów, które po upływie pół godziny ustąpiły miejsca gorączce i potom. Ciepłota od 36.4 (o godz. 12 w południe) między godz. 5 a 6 doszła do 40.5.

Następnych dni powtórzyło się toż samo, z tą jedynie różnicą, że dreszcze trwały dłużéj niż dnia pierwszego, zaczynały się bowiem o godz. 4 lub 4 ½ po południu a koń-

czyły się dopiero o godz. 6 lub 6½. Cieplota przed każdém rozpoczęciem się dreszczów spadała poniżéj ciepłoty prawidłowéj do 36.0 i zwolna podnosiła się podczas trwania dreszczów do 40.5.

Dnia 13 lutego podano *hydrochinon* 2.0 grm na dzień w dawkach półgramowych; pierwsze dwie dawki podano co godzina przy ciepłocie niższéj od prawidłowéj, na 2 godziny przed rozpoczęciem się dreszczów, następne dawki co dwie godziny. Jak w wielu innych przypadkach tak i tu nie zawiódł nas hydrochinon. Dreszcze, które dotychczas około 3 lub 4 godziny po południu występowały, w dniu tym przyszły dopiero po godzinie 7; długość trwania tychże wprawdzie się nie zmniejszyła, ale ciepłota, która dotychczas po okresie dreszczów powyżéj 40.0 sięgała, pozostała na 38.4.

Dnia 14 lutego nie podano na próbę hydrochinonu, dreszcze wystąpiły znów o godzinie 7 i trwały do godz. 9. ciepłota podniosła się do 40.0; w każdym razie zatém wynosiła o 0.5 niżéj, niżli przed użyciem leku.

Dnia 15, 16 i 18 lutego podawano hydrochinon regularnie w takich samych dawkach i w tych samych odstępach czasu jak dnia 13 lutego, dreszcze trwały ciągle, jednak występowały późniéj, gdyż dopiero o 7½ lub 8 godz., czas trwania był tenże sam ½—2 godzin; okres gorączk natomiast przebiegał bardzo lekko, ciepłota podnosiła się najwyżéj do 38.6 (d. 16 lutego); w trzecim dniu nie wystąpiły już dreszcze wcale, a ciepłota podniosła się tylko do 38.2.

Po tych trzech dniach nie podawano już wcale hydrochinonu, występowały wprawdzie jeszcze nieznaczne i krótko trwające opadania ciepłoty do 36.5, lub 36.4, jak również ciepłota podnosiła się nieco i tak: dnia 18 lutego do 38.5, dnia 20 i 21 do 38.3, ale stan ten trwał tylko trzy dni. Po tym czasie a zatém w 10 dni od rozpoczęcia leczenia a jeżeli d. 14, w którym nie podano leku liczyć nie będziemy w dniu 9, okazała się ciepłota zupełnie prawidłowa, 37.3 żadnego śladu przebytéj choroby nie zdradzając. Śledziona zmniejszała się regularnie po każdém zażyciu hydrochinonu, w dwie godziny po podaniu pierwszego proszku okazywała się taż już znacznie, gdyż o 1 cm. w wymiarze podłużnym zmniejszoną, po drugim, trzecim i czwartym proszku zmniejszenie w rozmiarze podłużnym wynosiło 1½—2 cm.; w 3 lub 4 godziny jednak po dawce ostatniéj śledziona wracała znów do pierwotnych rozmiarów. Dopiero d. 17 lutego, a więc w trzecim dniu po rozpoczęciu leczenia, czyli po wyżyciu razem 3.0 hydrochininu, wynosiły rozmiary śledziony już stale 9 cm. w wymiarze podłużnym, a 2¼ w wymiarze poprzecznym. Powoli stawała się śledziona wcale nie macalną, a w dniu wyjścia choréj z kliniki, to jest dnia 25 lutego zrana, badanie wykazało tylko 7 cm. w wymiarze podłużnym, a 2¼ w poprzecznym.

Chora znosiła hydrochinon wybornie i ani razu nie wywołał lek ten jakichbądź niemiłych skutków. Jakkolwiek nieusprawiedliwionym byłby wniosek z tego jednego przypadku, że hydrochinon w zimnicy nie tylko przeciwgorączkowo, ale zarazem wprost przeciw zaduchowi zimniczemu działa i niweczy takowy, zdawało mi się jednak, że przypadek ten z wielu względów zasługuje na uwagę i będzie zachętą do dalszych badań w tym kierunku, w okolicach gdzie zimnica częściéj panuje; badania te kto wie czy w przyszłości nie skłonią do zastąpienia chininu hydrochinonem w leczeniu zimnicy.

III. Oceny i sprawozdania.

Badania kliniczne nad Arytmiją serca w ogóle a w szczególności przy wadach zastawek wraz z siedmiu tablicami. Przez Józefa Pawińskiego, Dra med. lek. miejsc. szpit. Dzieciątka Jezus w Warszawie. Warszawa, druk. K. Kowalewskiego 1884, 8vo, str. 328. Spis rzeczy III. Wiadomość podał prof. Dr. Oettinger.

Pod powyższym tytułem ukazała się praca będąca owocem rzadkiéj pilności i misternego wyrobienia szczegółów. Zadanie swoje autor sam temi słowy wskazuje: „Najprzód zająłem się arytmiją w ogólności, tj. określiłem samo pojęcie arytmii, ustanowiwszy oddzielne jéj postacie, opisałem szczegółowo niektóre typowe kształty tętna arytmicznego, od zbadania których zależy zrozumienie rytmu w pewnych szczegółowych przypadkach. Nadto ze względu na powszechne uważanie t. zw. bicia serca (*palpitatio cordis*) za jedno z arytmiją starałem się wyjaśnić zachodzącą w téj mierze różnicę.“

„Dopiero po takiém ogólném zaznajomieniu się z arytmiją było można przystąpić do studyjów nad arytmiją ukazującą się w różnych chorobach najważniejszych narządów organizmu. Materyjał zebrany w ciągu kilkoletniéj pracy przybrał tak znaczne rozmiary, iż w obecnéj rozprawie trzeba było poprzestać na przedstawieniu li tylko arytmii w chorobach wad zastawek serca napotykanéj. Badania zaś tych ostatnich stanowią część drugą kazuistyczną naszéj pracy. Część trzecia poświęcona jest wnioskom klinicznym co do przebiegu, trwania i rokowania. W końcu jéj umieściliśmy rozdział o istocie arytmii ze stanowiska klinicznego i fizyjologicznego. — Ponieważ t. zw. połowiczy skurcz serca (*Hemisystolia cordis*) zaliczony być musi do arytmii i zdarza się najczęściéj przy wadach zastawek serca, uznaliśmy więc za właściwe, w końcu naszéj pracy w części 4téj podać otrzymane w téj mierze wnioski poprzednich naszych badań.“

Do spełnienia tego założenia przystąpił autor wyposażony należycie w potrzebne zasoby fizyczne i umysłowe, mianowicie w narządy techniczne, w biegłość posługiwania się niemi według metody ścisłéj, w bystrość spostrzegania i wyciągania z dokładnych spostrzeżeń wszystkich, ile można, wniosków i wypadków, do jakich istotnego dostarczają wątku, nareszcie w nieznużoną pilność i wytrwałość ścigającą i obliczającą cierpliwie zjawiska i szczegóły na oko i pozór drobne, lecz do rozwiązania wielu zagadnień nieodzowne. Plon tych mozolnych poszukiwań jest pokaźny, uwidoczniony nie tylko wywodami piśmiennemi, lecz 7 tablicami rysunków i kilkudziesiąt tablicami szczegółowych obliczeń. Aby z niego należycie korzystać nie wystarczy przeczytać książkę pobieżnie, lecz potrzeba natężyć uwagę i przysiąść dobrze fałdów; ileż potrzeba było znoju i czasu aby go przysporzyć?

Część ogólna opisuje naprzód przyrządy techniczne do badania ruchów serca i tętna, wyłuszcza następnie podstawy fizyjologiczne i ogólno-patologiczne, na których oparły się dalsze szczegółowe badania i poszukiwania autora. Wciągnął on do niéj oddzielny rozdział IX poświęcony przeglądowi historycznemu, w którym z właściwą sobie sumiennością i gruntownością nie zbył rzeczy pobieżną wzmianką, pochwyconą na prędce z najpospolitszego podręcznika, jak to czynią inni, dla uratowania pozoru tylko dbałości o dzieje, gdy w istocie ani je znają, ani cenić umieją; lecz starał się dotrzeć do źródeł i czerpać z nich z pożytkiem, bo rozwa-

żnie i krytycznie. Szerzéj zastanawia się nad Galenem i słynnym polskim sfigmologiem XVI stulecia Józefem Strusiem, wykazując, że nie Nothnagel, jak mylnie sądzą, wprowadził do nauki pojęcie i nazwę arytymii, lecz że znana była Galenowi i jego poprzednikom. Przy większéj znajomości historyi, rzekł raz Virchow, nie byłoby potrzeba odkrywać nie jednéj rzeczy po raz drugi. Obok innych zaleta to nieposlednia i tém godniejsza pochwały, że rzadka.

Główne jądro rzeczy tkwi w części drugiéj, którą autor przez skromność nazwał kazuistyką, gdy w istocie jest to szereg doświadczeń samodzielnych, dokonanych umiejętnie na chorych celem wyjaśnienia pewnych postrzeganych zjawisk i ich wzajemnego stosunku. Chodziło o mikrometryczne niemal obliczenie na podstawie zbieranych starannie kardyjo- i sfigmogramów przeliczuych stosunków czasu, w jakich dokonywają się uderzenia serca i tętno tak w całości, jak w pojedynczych swych momentach, z jakich się składają, mianowicie skurcz, rozkurcz, przestanek pierwszy i drugi itp. Mozolnemi poszukiwaniami autor stwierdził wypadki jednych badaczy, inne sprostował, inne nareszcie daléj rozwinął, a co najważniejsza do dawnych nowe dodał nabytki i dla przyszłych świeże wytknął kierunki. Nieposlednią zwłaszcza jest zasługą systematyczne porównawcze spożytkowanie jednocześnie na tym samym chorym zbieranych poligrafem Grunmacha kardyo- i sfigmogramów dla ich wzajemnego uzupełnienia i wyjaśnienia. „Sfigmogram znajdujący się obok kardyjogramu“ są słowa autora „przyczynia się często do wyjaśnienia wielu wątpliwych kwestyj, które przy rozpatrywaniu rysunków kardyjograficznych mogą powstać.“

W bliższe szczegóły zapuszczać się nie możemy, bo staranne ich w najdrobniejszych częściach opracowanie bez ujmy streścić się nie daje, winniśmy tylko zachęcić do dokładnego z niemi zapoznania się, gdyż rzucają nowe światło na pewien szereg zjawisk dotychczas zagmatwanych i na pozór bezładnych, przez ich umiejętne rozwikłanie, i uporządkowanie za pomocą wykrytych szczęśliwie kilku prawideł. Twierdzić zatém śmiało można, że autor pracą swoją zbogacił semiotykę chorób sercowych, a tém samém nauce lekarskiéj się przysłużył. Oprócz tego cały wykład jest jasny, potoczysty, język w ogólności poprawny lubo śród panujących niestety stosunków trudno snać było ustrzedz się tu i owdzie niektórych rozpowszechnionych makaronizmów i germanizmów, jak np. fazy zam. pory, sensacyj zam. uczuć, wrażeń; uwarunkowany zam. zawisły; zrobiliśmy rozpoznanie zam. rozpoznaliśmy; spowodowywa zam. sprawia, sprowadza (powodować, znaczy wodzić, kierować, prowadzić, np. spowodował go do czegoś, spowodowany przekonaniem, zemstą, powoduje się żądzą); wyczuć zam. wymacać; przyimek przy zbyt często napotyka się tam, gdzie go się w polszczyźnie nie używa, np. przy chorobach zam. w chorobach. Tętno dwudzielne acz pod względem czysto językowym nienaganne zdaje nam się nie odpowiadać istotnemu jego pojęciu, jako *pulsus bigeminus*, gdyż dwudzielną jest jedna całość na dwie części podzielona, np. zastawka dwudzielna; tu zaś nie o jedno tętno chodzi podzielone na dwoje, lecz o dwa odrębne tętna a każde inne, temu odpowiada liczebnik dwoje, troje itd., a ztąd tętno dwoiste, troiste itd.

W końcu dołączona jest rozprawka Dra filozofii A. Hołowińskiego: O geometryczném tłómaczeniu fal sfigmografu, wskazująca obok podania schematów (zarysów) główniejszych sfigmografów, jak drogą geometrycznego wykreślenia oznaczyć wartość fal kreślonych sfigmografem, tudzież warunki niezbędne do otrzymania wiernéj fali jednym i tym samym sfigmografem.

Sassetzky: **Wpływ gorączki i leczenia przeciwgorączkowego na produkcyję istot azotowych i na asymilacyję składników azotowych mleka.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 11).

Oto wyniki:

1) Kąpiele zimne zmniejszają we wszystkich przypadkach wydzielaną ilość istot azot zawierających (upośledzają przemianę istot azotowych). Ilość wydzielonego N była średnio o 2,907gm. mniejszą w dniach, w których użyto kąpieli, od ilości w dniach bez kąpieli. W przeważnéj ilości przypadków chinin podobnie choć słabiéj działa. Toż samo dotyczy salicylanu sodowego.

2) Pod wpływem kąpieli zimnych zmniejsza się bez wyjątku we wszystkich przypadkach wydzielanie fosforanów w moczu, średnio o 0,708gm., pod wpływem chininu średnio o 0,441gm., pod wpływem salicylanu sodowego średnio o 0,372 gramów.

3) Ilość moczu w przeważnéj części przypadków (na 9 przypadków 6 razy) zwiększa się pod wpływem kąpieli zimnych średnio o 78cm.sz.; pod wpływem chininu zwiększa się ilość moczu zawsze średnio o 225cm. sz., pod wpływem zaś salicylanu sodowego średnio o 92cm.sz., choć i to nie zawsze.

4) Przyswajanie części stałych i azotu mleka odbywa się pod wpływem kąpieli zimnych znacznie lepiéj aniżeli bez tychże. Pod wpływem kąpieli zimnych zmniejsza się utrata N w kale w stosunku odsetkowym o 0,845—6,678, średnio o 3,259. Pod wpływem chininu polepsza się zazwyczaj (w 3ch przypadkach na 4) przyswajanie części stałych i azotu mleka, jakkolwiek w mniejszym stopniu aniżeli po użyciu kąpieli zimnych. Prawie to samo tyczy się salicylanu sodowego, pod wpływem któregoto leku przyswajanie części stałych i azotowych mleka odbywa się lepiéj niż bez salicylanu sodowego, jednakowoż nie tak korzystnie jak pod wpływem kąpieli zimnych.

5) Pod wpływem kąpieli zimnych zmniejsza się zazwyczaj (9 przypadków na 15) ilość wody do picia; ilość mleka spotrzebowanego zdaje się, że się nie zmienia.

6) Pod wpływem kąpieli zimnych zmniejsza się zazwyczaj (7 przypadków na 9) ubytek wody przez płuca i skórę; pod wpływem chininu również zmniejsza się ubytek wody, przeciwnie pod wpływem salicylanu sodowego zwiększa się ubytek wody przez skórę i płuca.

7) W stanie gorączkowym nie odbywa się przyswajanie składników stałych i azotowych mleka tak dokładnie jak w stanie bezgorączkowym, nieraz wszelako dochodzi ono do najniższych ilości przyswajanych przez indywidua zdrowe. (Miarą jest utrata N w kale).

Autor rozbiera następnie pytanie, w jaki sposób wpływa leczenie antipiretyczne na zwolnienie przemiany materyi, przyczém opiera się na licznych poszukiwaniach klinicystów i patologów. Szczególniejszy kładzie nacisk na fakt stwierdzony przez Naunyna, Sidney-Ringera, późniéj przez Senatora, że początkowe zwiększenie ilości wydzielonego wśród gorączki mocznika nie zależy od podwyższonéj ciepłoty gorączkowéj, lecz od zboczeń odżywczych poszcze-

gólnych narządów skutkiem zadziałania jakiejś szkodliwości. Dopiero w dalszym przebiegu sprawy chorobowéj, skutkiem zadrażnienia ośrodków przez owo szkodliwe *Agens* lub też jako następstwo zwiększonéj przemiany materyi wyradza się podwyższenie ciepłoty. Dowiedzioną daléj jest rzeczą zgubny wpływ gorączki na postęp zwyrodnień miąższowych a zatém i na wzmożoną przemianę materyi, względnie wydzielanie N. Otóż obniżając ciepłotę wygórowaną usuwamy jednę z przyczyn. Ponieważ nadto, jak licznemi doświadczeniami stwierdzono, i wymiana gazów wśród gorączki się wzmaga, a tak kąpiele (Harless, Afanasiew, Leichtenstern), jak chinin (Eulenburg, Woronow) jak nie mniéj i salicylan sodowy (Köhler) zmniejszają, mniejsza o to czy bezpośrednio czy pośrednio, częstość oddechów, zwalniają utlenianie, czynność płuc, przepony i mięśni oddechowych, a zatém i wymiana gazów w ogóle, N w szczególności, jest zwolnioną. Nie mniejszym jest wpływ obniżonéj ciepłoty gorączkowéj na wzmożoną chorobliwie czynność serca. Liczne doświadczenia wykazały, że wtedy uderzenia serca stają się mniéj liczne, lecz silniejsze, pod wpływem chininu tak ilościowo jak i jakościowo uderzenia serca stają się słabsze; toż samo dotyczy salicylanu sodowego, co wszystko, zdaniem autora, w jednostce czasu mniéj krwi do poszczególnych narządów sprowadza, a zatém zwalnia tamże przemianę materyi, a więc i ilość wydzielonego N. Przyczynia się i do tego oziębienie skóry (kąpielami), skutkiem czego po chwilowém zwężeniu światła naczyń skórnych następuje późniéj znaczne ich rozszerzenie, co znów zmniejsza ilość krwi krążącéj w narządach wewnętrznych.

Co do wpływu leczenia przeciwgorączkowego na zmniejszenie ilości fosforanów, to autor tylko bardzo ogólnikowo pytanie to rozbiera, gdyż brak mu ściślejszych danych.

Tłumaczenie kwestyi, dla czego pod wpływem antipirezy przyswajanie składników azotowych mleka lepiéj się odbywa, opiera się na przypuszczeniu, że obniżając wygórowaną ciepłotę zwiększamy zdolność wydzielniczą narządów trawienia; jak widać autorowi wcale o tłumaczenie nie trudno, stosuje bowiem w całéj pełni slowa Göthego: *Wo die Begriffe fehlen, dort hilft ein Wort* . . . . " Nadto istnieje jeszcze kilka innych przyczyn, dla czego kąpiele zimne lepiéj na przyswajanie działają niż chinin lub salicylan sodowy. Przyczynami temi są: wzmocnienie czynności serca, usuwanie zastoin w krążeniu krwi, bezpośredni korzystny wpływ na czynności skóry, wpływ na ruch robaczkowy jelit, usuwanie objawów mozgowych i w. i. Zdaniem autora jest rzeczą niewątpliwą, że skoro chorzy tak dobrze przyswajali sobie składniki azotowe mleka, sprawa przyswajania odbyłaby się daleko lepiéj, gdyby pożywienie chorych nie składało się wyłącznie z mleka, jak to wykazał Rubner (gdzie mleko ze serem było lepiéj przyswajane, jak mleko bez sera). (Virchowa Archiw, t. 94, zeszyt 3). *Dr. Pisek.*

Prof. Berger (we Wrocławiu): **Extractum Piscidiae jako lek nasenny.**

W Nr. 31 Przeglądu Lek. z roku zeszłego zdano sprawę z rozprawy Seiferta, który przekonał się o znakomitém działaniu leku powyżéj wymienionego i zachwalał go zwłaszcza u suchotników z drażnieniem do kaszlu.

Zachęcony rezultatami otrzymanemi przez Seiferta stósował B. lek ten, sprowadzony z rozmaitych źródeł, u 80 chorych i to w różnych postaciach, zawsze jednak bezskutecznie. Chorzy, którym przedtém podawany makowiec lub morfin znaczną ulgę przynosił, pragnęli gorąco powrotu do dawnego leczenia nie doznając po *Extr. Piscidiae* najmniejszego złagodzenia tak, że na podstawie tych doświadczeń uważa B. wniosek Seiferta, aby *Extr. Piscidiae* wciągnięto do lekospisu, za przedwczesny. (*Bresl. aerztl. Zeitschrift* Nr. 2, 1884). *Dr. Schaitter.*

Wiadomości pomniejsze.

○ **Trzynasta para nerwów czaszkowych.** Z fizyjologicznego punktu widzenia z trudnością przychodzi poczytywać *chorda tympani* za gałązkę n. twarzowego. Dr. Sapolini z Medyjolanu zajmował się zbadaniem anatomii *chordae tympani* i doszedł do przekonania, iż wypada ją uważać za nerw *sui generis*. S. mniema, iż zawiera ona włókna czuciowe i ruchowe. Bierze ona początek w tylnym końcu dna czwartéj komórki i przebiega na dnie téjże ku przodowi. Opuszcza powierzchnię mostu *Varola* przytykając do nerwu słuchowego, z którym wymienia kilka pasm. Nerw raz oddzieliwszy się składa się z dwu pasm a okalają go nerwy 7my i 8my, z któremi przechodzi daléj przez otwór słuchowy wewnętrzny i *ganglion geniculare*. Dalszy przebieg, w ciągu którego nosi już nazwę *chorda tympani*, dobrze jest znany. (*The Lancet* 1884, I, Nr. 5).

Ω. Murdé w *Journale d'accouch.* opisuje ciekawy przypadek śpiączki w czasie *Coitus* u niewiasty 22 lat mającéj, która dotąd raz rodziła. Na ujściu pochwowém macicy znajdowała się blizna, przy dotknięciu któréj chora natychmiast zasypiała. Otóż przy każdém spółkowaniu z mężem kobieta ta zapadała w sen taki, ze ani nawoływanie, ani wstrząsanie zbudzić jéj nie mogło. Jedynie tylko za uciskiem na okolicę jajników następowało przebudzenie. Murdé wyciął wzmiankowaną bliznę i sprowadził zupełne wyleczenie. (*Allg. Centr. Ztg.*)

Ω Pasteur oznajmił na ostatniém posiedzeniu Akademii paryskiéj, że mu się udało przez szczepienie mikrokoków różnych powstrzymać skłonność zwierząt do zarażania się wścieklizną. Dalsze badania w tym kierunku są jeszcze w toku.

(γ) I w Ameryce przekonanie **o zaraźliwości gruźlicy** utrwala się z dniem każdym. „*Wisconsin State Medical Society*“ na ostatniém dorocznem posiedzeniu powzięła uchwałę, w któréj uznaje gruźlicę stanowczo za zaraźliwą i żąda w niéj odpowiedniego odosobnienia i dezinfekcyi. *(Deutsch. Wochenbl. f. Gesundheitspflege u. Rettungswesen,* 1883, Nr. 1).

IV. Zjazd IV Lekarzy i Przyrodników polskich w Poznaniu.

Od czasu wysłania przez niżéj podpisanego pierwszéj wiadomości o czynnościach Wydziału gospodarczego podwoił Wydział swe prace mające na celu przygotowanie Zjazdu starając się głównie o zjednanie jak największéj liczby odczytów i zachęcenie polskiego świata naukowego do wzięcia udziału w Zjeździe.

Dotychczasowe zabiegi pozwolają nam wróżyć, że nietylko pod względem liczby uczestników ale i pod względem treści naukowéj Zjazd się uda. Zewsząd dochodzą nas zapewnienia szczeréj sympatyi i życzenia, aby przyszły Zjazd się powiódł. Miejmy nadzieję, że i ci Panowie, którzy dotychczas, mimo wszelkich uprawnionych do nich pretensyj, zawsze jeszcze stoją wobec Zjazdu na uboczu i na ponowne wezwanie i zaproszenie do wzięcia udziału w Zjeździe dotychczas nie objawili swych zamiarów, choć w ostatniéj chwili pospieszą dołożyć cegiełkę naukową do gmachu wiedzy narodowéj.

Po wysłaniu bardzo wielu zaproszeń osobistych wystosował Wydział także zaproszenia do licznych Towarzystw lekarskich i przyrodniczych, tak polskich jakoteż czeskich, a nadto do Towarzystw agronomicznych i przemysłowych.

Do ogłoszonych już w przeszłym liście 31 zapowiedzi wykładów dodać możemy 19 nowych, tak, że ogólna ich liczba

wynosi chwilowo 50, a z przyjemnością prawdziwą nadmieniamy, że i pobratymcy nasi, przez Dra Chodounskiego w Pradze, zapowiedzieli nam przybycie i odczyty. Oto treść wykładów i nazwiska szanownych prelegentów:

32. Dr. Tadeusz Żuliński (Lwów): O przeciążeniu naukowém w szkołach.
33. Dr. Reichmann (Warszawa): Rozpoznawanie chorób żołądka.
34. Tenże: Drobnowidowa morfologija kału.
35. Prof. Dr. Janovský (Praga): 1. Poznamky k'endoskopii.
36. Tenże: 2. Wykład z dziedziny dermatologii (temat ściślejszy późniéj będzie oznaczony).
37. Prof. Dr. Maixner (Praga): Wykład z medycyny wewnętrznéj.
38. Doc. Dr. Schwing (Praga) wygłosi wykład z dziedziny położnictwa.
39. Doc. Dr. Thomayer (Praga) wygłosi wykład z medycyny zewnętrznéj.
40. Dr. J. Czarda (Praga) wygłosi wykład z dziedziny otologii.
41. Drowie Edward i Władysław Natansonowie (z Petersburga): O równaniu zlnika (rozprawa z dziedziny dynamiki).
42. Dr. Nawroczyński Roman, zawiadujący rządowym szpitalem górniczym w Dąbrowie: O tężcu przewlekłym.
43. Dr. A. Szczepkowski (Siedlce): O naturze tyfusu wysypkowego.
44. Tenże: O leczeniu zapalenia płuc.
45. Tenże: Opis 36 przypadków padaczki, które następowały jeden po drugim w ciągu 48 godzin.
46. Dr. Malcz (z Warszawy) poda tytuł wykładu późniéj.
47. Prof. Dr. Adamkiewicz (z Krakowa) przyobiecuje wykład i demonstracyję z neuropatologii.
48. Dr. Kopff (z Krakowa): Spostrzeżenia nad działaniem kąpieli słonych w leczeniu wypocin uorganizowanych.

Prócz tego podano do wiadomości biura dwa temata dla sekcyi przyrodniczo-rolniczéj, a mianowicie:

49. Pan Pauli, dyr. stacyi doświad. w Żabikowie, mówić zamierza: O konserwowaniu paszy.
50. Pan Potworowski Henryk (z Sielca) podjął się referatu do tematu: O nawozach sztucznych. Koreferentem będzie p. Pauli

Może początek ten zrobiony dla sekcyi przyrodniczo rolniczéj zachęci i naszych rolników z innych zaborów do przygotowania odczytów treści naukowo-praktycznéj z dziedziny rolnictwa i nauk zastosowanych.

Prócz powyżéj wymienionych Panów wielu innych zapewniło nas o swém przybyciu bez zapowiedzi odczytów.

Aby módz dość wcześnie uporządkować materyjał naukowy, a ustanowiwszy porządek dzienny przyszłego Zjazdu wysłać ostateczne zaproszenie już z gotowym programem, pożądaną byłoby nam rzeczą, aby dalsze zgłoszenia z wykładami nastąpiły wcześnie, a najpóźniéj do 15go kwietnia r. b. Doświadczenie na Zjazdach zrobione poucza, że nie jeden uczestnik Zjazdu przyjeżdża z niezapowiedzianym wykładem. Wszelako w interesie samych Panów prelegentów pożądaną byłoby rzeczą, aby o ile możności szanowni ci Panowie Wydział gospodarczy poprzednio o treści wykładu powiadomić zechcieli.

Jak już dawniéj donosiliśmy, zniżyła Dyrekcyja dróg żelaznych warszawsko-wiedeńskiéj i warszawsko-bydgoskiéj opłatę przewozową o 50% w stosunku do zwykłéj taryfy dla osób udających się do Poznania na Zjazd i legitymujących się odpowiednią kartą. Koléj zaś galicyjska Karola Ludwika obiecuje także stósowne obniżenie opłaty na swéj linii przy używaniu IIgiéj klasy. Bliższych szczegółów udzieli nam Dyrekcyja téjże kolei późniéj. Koleje pruskie czynią obniżenie opłaty przewozowéj na ten Zjazd zależném od poparcia Naczelnego Prezesa W. Księstwa Poznańskiego, w którymto celu Wydział gospodarczy odniósł się do najwyższéj władzy prowincyjonalnéj, która niezawodnie, ze względu na cele naukowe Zjazdu, nie odmówi nam swego poparcia.

Karty uczestnictwa uprawniające do brania udziału bezpłatnie we wszystkich posiedzeniach, odczytach, wycieczkach i zabawach, jakotéż do odbioru bezpłatnego druków i informacyj już są gotowe i mogą za przesłaniem 20 marek być odbierane u skarbnika p. Dra Jarnatowskiego (Plac Piotra Nr. 1).

Z powodu często, mimo ponownych ogłoszeń, dochodzących nas zapytań o termin Zjazdu, zwracamy raz jeszcze na to uwagę, że Zjazd rozpocznie się od przywitania uczestników dnia 2 czerwca, czynności naukowe zaś odbędą się w dniach 3, 4 i 5 czerwca rb., poczém nastąpią wycieczki.

Wszystkie pisma lekarskie i przyrodnicze polskie uprasza o łaskawe powtórzenie powyższych wiadomości

Dr. Wicherkiewicz
Przewodn. Wydz. gosp. IV Zjazdu lekarzy
i przyrodników polskich w Poznaniu.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z posiedzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego z d. 7go marca 1884.

Obecni koledzy: Kapuściński, Jarnatowski, Osowicki, Batkowski, aptekarz p. Jagielski i sekretarz.

W nieobecności prezesa Wydziału zagaił posiedzenie sekretarz, a obradom przewodniczył Dr. Jarnatowski.

Choroby nagminnie panujące zwykłym porządkiem obrad przedewszystkiém omawiano, przyczém kol. Kapuściński nadmienia, że widuje teraz dość często przypadki zapalenia oskrzeli, ale wbrew przyjętym mniemaniom o zaraźliwości téj choroby przypadki te zdarzają się tylko pojedynczo. Daléj ma kol. K. pomiędzy swymi chorymi zapadłych na szkarlatynę, a jeden z tych przypadków zakończył się nagle śmiercią, któréj bezpośrednią przyczyną miało być, wedle kol. Kapuścińskiego, zwiotczenie kiszek. — Kol. Osowicki sądzi, że zaraźliwość płonicy nie da się ująć w żadną pewną formę, a dla objaśnienia tego zdania przytacza przebieg chorób ze szpitala św. Józefa: Na świeżo opróżnione miejsce dostaje się do szpitala dziecko w okresie łuszczenia się po płonicy. Na trzeci dzień u dziecka operowanego na wilczą paszczę przyłącza się do rany dyfteryja, a 5go i 7go pojawiają się inne przypadki dyfteryi na innych salach, podczas gdy bezpośrednie sąsiadki dziecka owego, które przebyło płonicę, pozostały wolnemi. Kol. Jarnatowski mniema, że publiczność lekarska niedość ściśle się wyraża mówiąc o szkarlatynie z dyfteryją połączonéj, gdy wiadomą jest rzeczą, że pojawienie się równoczesne dwóch chorób zakaźnych w jednéj osobie należy do nader wielkich rzadkości. Radzi więc mówić raczéj o szkarlatynie z błoniczemi złogami a nie z błonicą, którą one nie są. — Kol. Kapuściński zaznacza, że już na jedném z poprzednich posiedzeń któryś z członków podniósł sposób Henocha oznaczania tych dwóch chorób. Henoch mówi o *synanche contagiosa cum scarlatina* w przeciwstawieniu do prawdziwéj samorodnéj dyfteryi. — Kol. Osowicki przypuszcza, że w rzeczywistości istnieje wielkie pokrewieństwo pomiędzy obu chorobami i przytacza przypadek dyfteryi, w którym, mimo że żadnéj nie było wysypki szkarlatynowéj, pokazało się białko w moczu, a kol. Jarnatowski opowiada, iż w pewnéj rodzinie zachorowało czworo dzieci, dwoje z nich miało szkarlatynę i dyfteryję, a dwoje drugich tylko dyfteryję; matka tłumaczyła ten objaw tém, że ostatnie miały już dawniéj szkarlatynę.

Kol. Wicherkiewicz przedstawił murarza 27-letniego, u którego powstałe po wyskrobaniu ostrą łyżką tocznia powiek znaczne odwinięcie obydwóch powiek prawego oka usunął przez dermoplastykę czyli przeniesienie wolnych kawałków skóry. Przedstawienie chorego poprzedził Wicherkiewicz historyją cierpienia i operacyi, którą dla kontroli wykonał częścią sposobem podanym przez Wardswortha i Wolfa, częścią zaś według planu, jaki dla podobnych przypadków, gdzie chodzi o wytworzenie sztucznéj powieki, przedstawił w rozprawie swojéj umieszczonéj w *Kl. Mtsbl. f. pr. Aug. H. K.* 1882, pod tytułem: „*Zur Beurtheilung des Werthes stielloser Hautransplantionen für die Blepharoplastik.*“ Doświadczenie wykazało w tym przypadku, że płaty skóry przemieszczone na jędrną ziarninę, daleko lepiéj z podstawą swoją się zrastają i mniéj późniéj się skurczają, aniżeli płaty przytwierdzone do świeżo zrobionéj rany. Z trzech bowiem płatów, któremi niedostatek powstały po wycięciu blizn i zeszyciu powiek pokryty został, pierwszy płat

przemieszczony na zewnętrzną część rany górnéj powieki nie mało się skurczył tak, że tutaj powstało lubo nieznaczne wywrócenie powieki, podczas kiedy dwa drugie płaty przeniesione na ranę dopiero po wytworzeniu się ziarniny, a pokrywające resztę niedostatku, w zupełności odpowiedziały celowi. Dzisiaj tylko delikatną białością odznaczają się od swego otoczenia. Przypadek ten, operowany prawie rok temu, uprawnia do nadziei, że skutek pozostanie trwałym.

Z powodu obecności aptekarza p. Jagielskiego, wywiązała się pogawędka o niektórych przetworach lekowniczych, a mianowicie o sporyszu i jego przetworach najnowszych, o kairynie i o paraldehydzie. (Dok. nast).

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

IV. Posiedzenie zwyczajne z d. 5 marca 1884 r.

Przewodniczący kol. Kwaśnicki, członków obecnych 35.

1) Kol. Przewodniczący przedstawia Zgromadzeniu wniosek Komitetu, tyczący się redagowania protokółów z posiedzeń Towarzystwa. Wniosek ten jednomyślnie przyjęto.

2) Przedstawiony przez Komitet Dr. Filipkiewicz został jednogłośnie wybrany członkiem czynnym Tow.

3) Kol. Kopernicki przedstawił dwie kobiece czaszki murzyńskie z zachodnich wybrzeży Afryki, otrzymane przez niego w darze od p. S. S. Rogozińskiego. Czaszki te, jedna z plemienia Kru w Liberyi, druga z nad zatoki Kameruńskiéj, były przedmiotem wykładu następującéj treści:

W krótkich rysach nacechowawszy właściwości etnograficzne rzeczonych plemion, prelegent zastanawiał się nad wszystkiemi po kolei główniejszemi cechami kraniologicznemi, właściwemi budowie czaszek murzyńskich w ogólności. — A mianowicie przedewszystkiém wykazał na owych dwóch czaszkach odmienność ich co do budowy czaszki właściwéj. Zasadzała się ona na tém, że czaszka Kruanki, będąc bardzo długogłową (*dolichocephale* wsk. gł. '71), wyobraża typ, panujący przeważnie w rasie murzyńskiéj i właściwy północnym Murzynom z nad r. Nigru oraz Kafrom na południu, podczas gdy czaszka murzynki Kameruńskiéj, okazując się pośredniogłową (*mesocephale* wsk. gł.='76), zbliża się do typu południowo-murzyńskiego szczepu Kongo. Inne cechy, rozbierane następnie, okazały się wspólnemi obu tym czaszkom, a przytém w mniejszym lub większym stopniu właściwemi całéj rasie murzyńskiéj. A mianowicie, w czaszce właściwéj pojemność (1176 i 1214 cm. sz.) okazała się o 140—170 cm. sz. mniejszą, niż u kobiet rasy białéj, a wymiar wysokości tych czaszek, w sposób właściwy budowie murzyńskich w ogólności, góruje nieco nad wymiarem ich szerokości.—W szkielecie twarzy uderza przedewszystkiém wysoki stopień prognatyzmu, a łącznie z tym i wysunięty naprzód dolny brzeg oczodołów, grzbiet nosa spłaszczony, otwór nosowy niski a szeroki, wycięcie dolne tegoż na krawędzi zupełnie stępione, bródka żuchwy bynajmniéj niewystająca naprzód i łuki jarzmowe wygięte na zewnątrz.

Wszystkie te właściwości kraniologiczne rozbierał prelegent i znaczenie ich tłumaczył, porównywając rzeczone czaszki z innemi, które przytém przedstawił, a mianowicie: z czaszką murzyna z Darfuru, Kanaku z wysp Sandwickich i dwiema włoskiemi obojéj płci, a także z czaszką gorylicy, otrzymaną również od p. Rogozińskiego.

Na zakończenie okazał kol. K. na tychże czaszkach murzynek niektóre rzadkie szczegóły anatomiczne a mianowicie: nadzwyczaj ubogo nazębione szwy czaszkowe, niezwykłą obfitość wstawek kostnych (*ossa Wormiana*), szczególniéj na czaszce Kruanki, u któréj wzdłuż całego szwu łuskowego k. skroniowéj znajduje się z jednéj strony 5, a z drugiéj 4 wstawki, jedna przy drugiéj.

4) Kol. Pieniążek przedstawił sposób leczenia zwężeń krtani za pomocą baloników własnego pomysłu.

5) Kol. Balicki przedstawił cztery przestrzelone serca samobójców, wreszcie

6) Kol. Walentowicz przedstawił twór jajowaty, wielkości główki dziecka, o ścianach twardych, zwapniałych, przeświecający, wydobyty przed chwilą przy źrebieniu klaczy.—Znaczenie tego tworu pod względem patologicznym i embryjologicznym określi kol. Walentowicz po dokładném zbadaniu na następném posiedzeniu.

Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Szymkiewicz.*

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Dr. Koch: Szóste sprawozdanie Komisyi cholerycznéj.

Szóste sprawozdanie, wysłane z Kalkuty 2 lutego 1884, rozpoczyna Dr. Koch od słów: „W mojém ostatniém sprawozdaniu z dnia 7 stycznia rb. pozostawiłem jeszcze nierozstrzygniętém pytanie, czy znalezione pasorzyty są istotnie tylko cholerze właściwemi? Pytanie to można obecnie uważać za stanowczo rozwiązane.“ Początkowo było bardzo trudno orzec coś stanowczego o znaczeniu bakteryj znajdowanych, a to ze względu na różne stosunki, w jakich zmiany w jelitach skutkiem cholery występują, a powtóre z przyczyny, że na powierzchni błony śluzowéj kiszek i w treści ich napotyka się zawsze bardzo wiele różnych bakteryj. W większéj części przypadków śmierć następuje nie wtedy, gdy objawy cholery osiągną szczyt swój, lecz w okresie reakcyjnym, który zaraz następuje. W okresie tym zmiany w kiszkach są tak wielkie, że nie można przedstawić sobie na podstawie ich całego procesu cholery. Jedynie tylko, gdy się uda dostać do sekcyi zmarłych w różnych okresach cholery, i gdy się zmiany wykryte porówna z objawami początkowego okresu cholery, wtedy tylko można sobie stworzyć pojęcie prawdziwe o stosunkach patologicznych cholery. Dla tego też musiano się wstrzymać z wypowiedzeniem ostatniego zdania o znaczeniu bakteryj cholerycznych, dopóki nie utworzono sobie całkowitego obrazu téj choroby i nie nabrano przekonania o stosunku tych bakteryj do zmian patologicznych.

Główne różnice, zachodzące między prątkami cholery a innemi bakteryjami, są następujące: Prątki te nie są jak inne prostemi laseczkami, lecz są nieco skrzywione, podobne do przecinka (,). Niekiedy są do tego stopnia zakrzywione, że przedstawiają się jako półkola. W hodowlach tych bakteryj tworzą się często z tych zakrzywionych prątków, prątki w kształcie S skrzywione, lub też mniéj lub więcéj długie w linii falistéj przebiegające. Bakteryje te posiadają własny ruch bardzo ożywiony, występujący bardzo wybitnie na szkiełku przedmiotowém mikroskopu w kropli cieczy, użytéj do hodowli. W gelatynie tworzą one kolonije bezbarwne, najprzód odosobnione i zamknięte, wyglądające jakby małe odłamki szkła. Zwolna pod wpływem tych bakteryj gelatyna się rozpływa, a kolonije powiększają się. Z powodu téj właściwości można z łatwością rozróżnić kolonije tych bakteryj od innych prątków w gelatynie kolonije także tworzących. Również łatwo je poznać w hodowli na dołeczkowém szkiełku mikroskopu, bo wtedy zbierają się na brzegu cieczy odżywczéj, i po użyciu barwika anilinowego łatwo się dają poznać po zakrzywionym kształcie.

Dotąd badano w Kalkucie 22 zwłok i 17 chorych cholerycznych. We wszystkich tych przypadkach wykazano powyższe bakteryje, jużto hodując je w gelatynie, jużto w szkiełkach dołeczkowych lub też badając wprost pod mikroskopem. Wynik ten więc dodatni w połączeniu z rezultatem badań w Egipcie upoważnia Kocha do wniosku, że bakteryje te stale się w jelitach cholerycznych znajdują.

Dla kontroli jednak badano w ten sam sposób 28 zwłok innych (między temi 11 zmarłych z dysenteryi), daléj wypróżnienia zwykłéj biegunki, wypróżnienia w dysenteryi wypróżnienia rekonwalescenta po cholerze, wreszcie zaś z owrzodzeń w kiszkach lub zapalenia płuc padłe zwierzęta, wodę zanieczyszczoną różnemi odpływami z miasta, wodę z bagien, szlam z bagien i rzek, — w żadnym jednak z tych przypadków nie udało się wykazać bakteryj cholerze właściwych. Ponieważ zatrucie arszenikiem wywołuje objawy podobne do cholery, więc i w tym kierunku robiono próby na zwierzętach, lecz bakteryj opisanych nie znajdowano. — Ztąd więc Koch wysnuwa wniosek, że bakteryje przez niego wykryte tylko cholerze są właściwemi.

Co się tyczy związku, jaki zachodzi między temi bakteryjami a objawami cholery, to mogą tutaj zachodzić dwie możliwości. Najprzód możnaby przypuścić, że bakteryje te rozmnażają się na gruncie odpowiednio przygotowanym przez zmiany choleryczne, lub też że bakteryje są przyczyną tych zmian, i że cholera tylko wtedy powstać może, jeżeli bakteryje powyższe dostaną się do jelit człowieka. Pierwsze jednak przypuszczenie uważa Koch za niemożebne, a to z następujących powodów: Najprzód

trzebaby przypuścić, że człowiek, który zachoruje na cholerę, już wpierw miał w swoim przewodzie pokarmowym wzmiankowany rodzaj bakteryj, daléj, ponieważ bakteryje te znajdowano u cholerycznych tak w Egipcie jak w Indyjach, *ergo* każdy człowiek powinien je mieć w przewodzie pokarmowym. Tutaj jednak stwierdzono, że rzecz się ma wprost przeciwnie. Zresztą, gdyby te bakteryje były tak stałemi mieszkańcami naszych jelit, toby je już dawniéj wykazano; o tém jednak nikt nie wspomina.

Skoro więc tym sposobem nie można przypuścić pierwszéj przyczyny, trzeba więc, zdaniem Kocha, przypuścić, że bakteryje jego są przyczyną cholery. Że tak jest, za tém przemawiają jeszcze inne fakta. Przedewszystkiém ich zachowanie się w czasie saméj choroby. Siedliskiem ich jest organ wyłącznie dotknięty zmianami chorobowemi, tj. kiszki. W wymiocinach wykazano ich dotąd tylko dwa razy, a i w tych dwóch przypadkach alkaliczne oddziaływanie wymiocin i ich wyglądanie kazały przypuścić, że pochodzą z treści kiszek, która się do żołądka dostała. W pierwszych stolcach cholerycznych, póki one jeszcze mają własności zwykłego kału, znajdowano bakteryje te nader nielicznie, w stolcach zaś właściwych, jak woda z ryżu wyglądających, znajdowano ich mnóstwo. W czasie tym inne téż postacie bakteryj zupełnie znikały, tak że bakteryje choleryczne stanowiły jedyny gatunek grzybków, jaki napotykano. Skoro znów objawy cholery ustępowały, a stolce stawały się więcéj kałowemi, w miarę tego znikały bakteryje choleryczne, a inne postacie zwykłe występowały. Z ustąpieniem cholery nie znajdowano więcéj właściwych bakteryj. Podobnież rzecz się ma z faktami, które wykazała sekcyja. W żołądku bakteryj nie znaleziono. W przypadkach świeżych zupełnie, w których jelito jeszcze okazuje zabarwienie jasno-czerwone, błona śluzowa jeszcze nie wykazuje wynaczynień krwi, a treść jelit stanowi ciecz biaława bezwonna, znajdowano opisane prątki w znacznéj bardzo ilości i prawie wyłącznie. Również stosunek ich rozpostarcia się odpowiadał w zupełności stopniowi zmian w jelitach. Zwykle najwięcéj napotykano ich ku końcowi jelit cienkich. Jeżeli śmierć nastąpi w późniejszym okresie, wtedy błona śluzowa jest ciemno-czerwona, w dolnych częściach kiszek cienkich pokryta wybroczynami krwi i często w powierzchownych warstwach obumarła. Treść jelit jest w tym okresie mniéj lub więcéj krwawą, cuchnącą. Bakteryje choleryczne w tym okresie coraz bardziéj ustępują miejsca innym postaciom bakteryj gnilnych (zkąd szybki rozkład treści i woń zgniła cuchnąca). Dość długo tylko można bakteryje choleryczne wykazać w gruczołkach torebkowych i ich otoczeniu. W przypadkach, gdzie udało się rozbierać zwłoki chorego, który po przebyciu cholery umarł z jakiéjś następowéj choroby, bakteryj cholerycznych nie wykazano.

A więc bakteryje choleryczne zachowują się zupełnie tak samo jak i inne prątki patogenetyczne. Znajdujemy je wyłącznie w cholerze, pojawiają się po raz pierwszy z początkiem objawów chorobowych, w miarę natężenia objawów chorobowych wzmaga się ich ilość, i wreszcie z ustąpieniem objawów chorobowych znikają zupełnie z organizmu. Siedliskiem ich jest miejsce patologicznie zmienione, ilość ich odpowiada w zupełności wielkości zmian dotkniętego narządu. — Do życzenia jeszcze pozostałoby, aby się udało bakteryjami temi przez przeniesienie ich na ustrój zwierzęcy wywołać u zwierząt cholerę. Prawdopodobnie jednak to się nigdy nie uda, bo zwierzęta zdają się nie podlegać temu pasorzytowi.— Ciekawe spostrzeżenia zrobił daléj Koch co do etyjologii cholery. Bielizna powalana wymiocinami lub wypróżnieniami chorych leżała w miejscu wilgotném. Przez to spostrzeżono, że ilość prątków znajdująca się w tych plamach ogromnie szybko się zwiększała. To tłumaczy znany fakt zaraźliwości takiéj bielizny. Podobnież działo się z plamami umyślnie w tym celu zrobionemi na płótnie lub bibule i w wilgotném miejscu utrzymywanemi. Szczególniéj szybko rozmnażały się bakteryje na ziemi wilgotnéj. We 24 godzin cała użyta ziemia była pokryta warstwą jakby śluzu, składającą się z prątków cholerycznych.

Prątki choleryczne skutkiem suszenia giną tak szybko jak prawie żadne z dotychczas znanych bakteryj. Zwykle trzechgodzinne suszenie wystarczało, aby je zupełnie życia pozbawić.

Daléj wykazano, że rozmnażanie się tych prątków następowało tylko w cieczy alkalicznie oddziaływającéj. Bardzo mała nawet ilość kwasów, która na rozwój innych bakteryj bez wpływu pozostaje, wstrzymuje rozmnażanie się i rozwijanie bakteryj cholerycznych. Sok żołądkowy prawidłowy zabija bakteryje choleryczne. Tém się tłumaczy, że tak łatwo podlegają cholerze osoby dotknięte w czasie epidemii różnemi zboczeniami w trawieniu żołądka. Wtedy, jak się zdaje, bakteryje choleryczne mogą przejść przez żołądek. Być może zresztą, że w pewnym okresie rozwoju bakteryjom tym sok żołądkowy nic nie szkodzi, i że wtedy dostają się do jelit. Zdaje się być do prawdy podobném, że bakteryje te, podobnie jak inne rodzaje téj rodziny, wydają zarodniki trwałe, które mogą się przy życiu utrzymać miesiące a nawet lata, podczas gdy same prątki choleryczne nie żyją dłużéj nad 3—4 tygodni. Prócz tego może bakteryje te i w innym stanie swego rozwoju mogą przetrwać różne szkodliwe stosunki, które zwykle je niszczą. Stan taki odpowiadałby temu, co Pettenkofer nazywa dojrzewaniem zarazka cholery. Dotąd jednak nie udało się Komisyi wykryć podobnego stanu w rozwoju bakteryj cholerycznych [1]).

Kopff.

Ω Przed niedawnym czasem kierownik zakładu obłąkanych w Stokholmie Dr. Björnstrom wydał dzieło o 202 stronach treści psychijatrycznéj, drukowane przez obłąkanych, pod kierunkiem umysłowo chorego drukarza, w umyślnie w tym celu sprawionéj drukarni dla zakładu.

Ω Według telegramu z Kalkuty z 9 marca, Komisyja choleryczna udaje się do Goalpora i Darjiling, zkąd wraca wprost do Niemiec.

○ Niemiecki sąd państwowy (*Reichsgericht* najwyższa instancyja sądowa) orzekł, że właściciel fabryki, w któréj oczy robotników mogą ulédz szkodzie, winien zajętym w niéj dostarczać okularów ochronnych. W razie zaniedbania odpowiedzialny jest za wszelkie choroby oczu, chociażby dało się wykazać, że okulary ochronne nie byłyby zapobiegły chorobie.

○ W jednéj z uchwał sądu w Niemczech zastosowano prawo o pokarmach do tytoniu. Zażywający tabakę spostrzegł, iż nos jego po zażywaniu niebiesko bywa farbowanym. Rozbiór tabaki przekonał o dodatku do niéj ultramaryny. Chociaż wezwani do orzeczenia jako biegli fabrykanci oświadczyli, że dodatek taki dla nadania tabace lepszego wejrzenia jest od dawna w użyciu, sędzia uznał tę manipulacyję za sfałszowanie pokarmu i skazał fabrykanta na karę za przekroczenie prawa o fałszowaniu pokarmów.

○ Daty statystyczne, których dostarczył ostatni spis ludności 1 grudnia 1880 w Cesarstwie Niemieckiém odbyty, wykazują, iż między liczbą głuchoniemych, ślepych i obłąkanych a religiją zachodzi pewien stosunek:

Co do głuchoniemoty to na 10.000 ewangelików jest 9·9 głuchoniemych, u katolików 10·4 a u żydów 14·4.

Co do ślepoty odpowiednie liczby są 8·2 u ewangielików, 8·4 u katolików, 10·3 u innych religij a 11·0 u żydów.

Co do obłąkanych: na 10.000 przypada u ewangielików 24·2, u katolików 23·7 a u żydów 38·9.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 2—8 marca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 47,5. Z ospy umarło 13 (14 z. t.); z odry 0 (1 z. t.); z płonicy 1 (1 z. t.); z gorączki połogowéj 0 (1 z. t.); z róży 0 (1 z. t.); z kiły 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 8 przypadkach ospy (14 z. t.), 6 odry, 2 płonicy, 2 duru brzusznego, 5 duru osutkowego. W tygodniu od 24 lutego do 1 marca umarło z ospy w Londynie 8, leczyło się w szpitalach 137, świeżo zapadło 20. W Paryżu, Brukseli, Glasgowie, Liwerpolu umarło po 1, w Birminghamie, Petersburgu, Madrycie, Lizbonie, Bombayu po 2, w Wiedniu 3, w Warszawie 5, w Murcyi 8, w Maladze i Nowym Orleanie po 9, w Rio de Janeiro 29, w Pradze 41. Z duru osutkowego umarło w Londynie 1, w Petersburgu i Murcyi po 2, w Madrycie 3. Z cholery umarło w Kalkucie od 23—29 grudnia 6, w Bombayu od 23—29 stycznia 17. Z febry żółtéj umarło w Rio de Janeiro od 1—15 stycznia osób 26.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 24 lutego do 1 marca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 44,5; w Warszawie 33,1; w Poznaniu

[1]) W sprawie téj otrzymaliśmy doniesienie wprost z Kalkuty od T. Boucklanda Esq., potwierdzające odkrycie Kocha a utyskujące na rząd angielsko-indyjski, który nigdy nie popierał usiłowania lekarzy krajowych, skierowane ku wykryciu cholery. *Redakcyja.*

28,1; w Wiedniu 30,4; w Pradze 34,9; w Tryjeście 36,8; w Berlinie 23,0; we Wrocławiu 31,6; w Gdańsku 17,4; w Mnichowie 28,6; w Dreźnie 30,0; w Lipsku 25,6; w Bazylei 12,4; w Brukseli 21,6; w Amsterdamie 25,4; w Hadze 21,8; w Paryżu 26,5; w Londynie 19,3; w Kopenhadze 19,3; w Stokholmie 23,3; w Chrystyjanii 19,2; w Petersburgu 37,0; w Odesie 31,9; w Rzymie 36,8; w Wenecyi 29,9; w Bukareszcie 34,1; w Madrycie 33,8; w Lizbonie 34,6; w Aleksandryi 24,3; w Filadelfii 22,3; w Rio de Janeiro 46,4; w Bombayu 27,2.

J. B.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 20 marca. Na posiedzeniu dzisiejszém Tow. lekarskiego uchwalono jednomyślnie przesłać podziękowanie Drowi Chodounskiemu w Pradze czeskiéj za ofiarowanych przezeń kilkadziesiąt egzemplarzy Słownika lek. czesko-polskiego. Następnie kol. Kopernicki uzupełnił uwagi swoje, czynione na przeszłém posiedzeniu, a kol. Obaliński przedstawił kilka przyrządów własnego pomysłu; wreszcie kol. Mikulicz miał rzecz o transfuzyi, która umieszczoną będzie w Nrze przyszłym tygodnika naszego.

* Przewodnika gimnastycznego (organu Towarzystwa gimn. „Sokół“ we Lwowie) Nr. 3 z marca r. b. opuścił prasę. Treść: Etyczne zadanie nauki gimnastyki (Dokończenie). — Zarys ćwiczeń na skoczni. (Ciąg dalszy). — Gimnastyka na Zjeździe i Wystawie higijenicznéj. — Sprawy Towarzystwa gimnastycznego „Sokół“. — Kronika.

* **Mianowania i odznaczenia**. Docent prywatny okulistyki w Wrocławiu Dr. Hugon Magnus mianowany został prof. nadzw. — Prof. Hasner w Pradze przeniesiony na własne życzenie w stan spoczynku otrzymał tytuł i charakter radzcy dworu. — Drowie Janošik i Nessel potwierdzeni zostali jako docenci prywatni w Wydziale lek. czeskim, pierwszy histologii i embryjologii, a ostatni dentystyki. — Dr. Havas potwierdzony został jako docent dermatologii w Budapeszcie.

* **Nekrologija.** D. 2 bm. umarł w Częstochowie Dr. Maurycy Fajans w 50 roku życia. — W Zagórzu w Galicyi umarł lekarz tameczny Dr. Chamaides w 39 roku życia.

W Lipsku umarł tajny radzca Dr. Radius, prof. higijeny i farmakologii w 86 roku życia; był on przez 44 lat członkiem Wydziału lekarskiego.

We Wrocławiu umarł prof. medycyny sądowéj Dr. Herman Friedberg. Zmarły był poprzednio docentem chirurgii w Berlinie. Znane są liczne jego prace, zwłaszcza o otruciu tlenkiem węgla, ogłoszone w r. 1866, oraz 2 tomy sprawozdań sądowolekarskich.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 11: Święcickiego: Wpływ eteru na skurcze pochwy; Łuczkiewicza: W sprawie zaraźliwości suchot płucnych (dok.). — W *Medycynie* Nr. 11: Rogowicza: Kilka słów o leczeniu ostréj niedokrwistości u rodzących.

Redakcyja otrzymała:

Dr. H. ŚWIĘCICKI: Zur Entwicklung der Bartholinischen Drüse. (Osobne odbicie z Gerlacha *Beitr. z. Morphologie u. Morphogenie* I, 1883) in 4to z tabl. str. 5.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie w poniedziałek d. 24 marca rb. o godz. 5 po południu w sali Akademii Umiejętn. posiedzenie, na którém po załatwieniu spraw bieżących prof. Dr. Olszewski mówić będzie: O wodzie siarczanéj szwoszowickiéj.

Dr. Kijas z Mielca nadesłał na fundusz portretu śp. prof. Kozubowskiego 2 złr.

Do Nru dzisiejszego dołącza się ogłoszenie o Bromum solidificatum.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Do L. Mag. 23.658/1883.
IX.

OBWIESZCZENIE.

W celu zabezpieczenia pp. lekarzom miejskim na czas obowiązkowego s z c z e p i e n i a o s p y ochronnéj w mieście Lwowie c z y s t é j k r o w i a n k i w ilości dostatecznéj, poszukuje Magistrat król. stoł. miasta Lwowa przedsiębiorcy dostawy świeżéj krowianki.

Mający chęć podjęcia się téj dostawy zechcą wnieść do Magistratu swoje oferty najdaléj do 30 marca 1884 i w takowych:

1) Wymienić cenę każdéj dubeltowéj kostki czyli fioli czystéj krowianki.

2) Oświadczyć się co do gwarancyi za krowiankę dostarczoną, mianowicie czy za krowiankę użytą do szczepienia bez pomyślnego skutku, udzielą inną bez zapłaty, tudzież czy poniosą koszta ewentualnéj przesyłki krowianki do Lwowa i inne wydatki, które wynikną z przyjęcia oferty przez Gminę miasta Lwowa.

Magistrat atoli bezwarunkowo zastrzega dla swych organów sanitarnych, jakotéż i członków miejskiéj Rady zdrowia każdego czasu prawo kontroli nad produkcyją krowianki dostarczanéj.

Magistrat król. stoł. miasta.

Lwów d. 20 Lutego 1884.

Peptony Chapoteaut z mięsa wołowego, przyrządzane tylko z czystą pepsyną baranią są jedyne jako obojętne i niezawierające ani chlorku sodu, ani winianu sodowego. Przepisuje się je w formach następujących:

WINO PEPTONOWE CHAPOTEAUT.

Smaku nader przyjemnego, zażywa się po jedzeniu w ilości 1—2 kieliszków.—Jeden kieliszek odpowiada 10 grm. mięsa wołowego.

KONSERWA PEPTONOWA CHAPOTEAUT.

W téj formie pepton jest płynny, obojętny, aromatyczny. Zażywa się go w rosole, w konfiturach lub w syropie albo téż w lewatywach. Łyżeczka od kawy odpowiada więcéj niż podwójnéj swéj ilości mięsa wołowego.

PROSZEK PEPTONOWY CHAPOTEAUT.

Jest obojętny, całkiem rozpuszczalny a jedna jego część przedstawia pięć części mięsa.

Wskazania: W niedotlenności krwi, wątłości, w wstręcie do potraw, w zwiotczeniu przewodu pokarmowego, w okresie ozdrawiania, przy karmieniu mamek, dzieci, starców, suchotników, chorych na cukrzycę itd.

Skład w Paryżu, 8 Rue Vivienne i w znaczniejszych aptekach.

PAPIER RIGOLLOT.

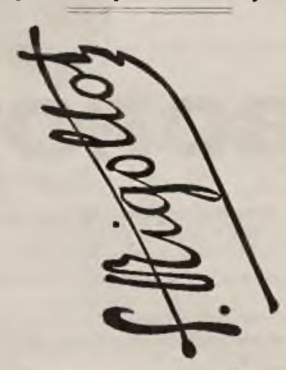
MUSZTARDA W KARTKACH NA SYNAPIZMY.

Przyjęty w szpitalach paryskich, szpitalach wojskowych, marynarki francuskiéj i angielskiéj.

Niezbędnie potrzebny dla familij i podróżnych.

P. Rigollot przez wynalezienie sposobu umieszczenia musztardy na papierze, bez nadwerężenia jéj własności, oddał wielką usługę sztuce lekarskiéj.

Sprzedaż we wszystkich aptekach.



Synapizmy jego przewyższają wszystkie dotychczasowe naśladowania.

Każda kartka opatrzona jest jego podpisem czerwonym atramentem.

Żądać należy tego znaku dla uniknienia podrobienia.

Skład główny: 24 Avenue Victoria PARIS.

WODY LECZNICZE MUSUJĄCE

WYROBU

KAROLA MIKOLASCHA

Aptekarza we Lwowie.

WODA ALKALICZNA MUSUJĄCA zawiera w 1000 gr.: 1½ gr. soli kuchennéj, 6½ gr. dwuwęglanu sodowego, ½ gr. siarkanu magn. i 3—4 objętości bezwodnika węgl. — Cena 16 ct.

WODA GORZKA MUSUJĄCA w 1000·0 : 40·0 siarkanu magn., 6·5 dwuwęglanu sodowego 10·0 siarkanu sod., 3·0 soli kuchennéj i 3—4 objętości bezwodn. węgl. — Cena 16 ct.

WODA JODOWA MUSUJĄCA w 1000·0 : 1·5 soli kuchennéj, 0·5 jodku potasow. 0·5 jodku sodow. 3—4 objęt. bezwodn. węgl.—Cena 18 ct.

WODA BROMOWA MUSUJĄCA w 1000·0 : 1·5 soli kuchennéj 4·0 dwuwęgl. sod., 2·5 bromku sod., 2·5 bromku potasowego i 3—4 objęt. bezwodnika węgl.—Cena 18 ct.

WODA MAGNOWA MUSUJĄCA w 1000·0 : 1·5 soli kuchennéj, 7·0 dwuwęglanu magn. i 3—4 objęt. bezwodn. węgl.—Cena 16 ct.

WODA LITOWA MUSUJĄCA w 1000·0 : 1·5 dwuwęgl. litowego, 3·5 dwuwęglanu sod., 1·5 chlorku sod. i 3—4 objętości bezwodn. węgl. Cena 16 ct.

WODA ŻELAZISTA MUSUJĄCA w 1·0000 : 0·5 pyrofosfor. żelaz., 5·0 pyrofosfor. sodow., 3·0 cytryn. sodow. i 3—4 objęt. bezwodnika węgl.—Cena 16 ct.

WODA SALICYLOWA MUSUJĄCA zawiera w 1000·0 : 6·0 salicylanu sod. 1·5 chlorku sod., 6·0 węglanu sod. i 3—4 objętości bezwodn węgl.—Cena 18 ct.

Oprócz tych wód leczniczych wyrabiam także:

LEMONIJADĘ ANGIELSKĄ MUSUJĄCĄ bardzo łagodny środek na przeczyszczenia.—Cena 35 ct.

Za próżną butelkę zwraca się 6 ct.

WINA LECZNICZE

WYROBU

KAROLA MIKOLASCHA Aptekarza we Lwowie.

WINO CHINOWE HISZPAŃSKIE jest prawdziwym wyciągiem z trzech najcenniejszych gatunków kory chinowéj mianowicie: królewskiéj, brunatnéj i czerwonéj, tak samo jak i

WINO CHINOWO ŻELEZISTE HISZPAŃSKIE, które zawiera oprócz tego bardzo łatwo przez ustrój ludzki przyswajaną sól żelazistą.

WINO PEPSYNOWE HISZPAŃSKIE zawierające pepsynę Rostocką najlepszéj jakości rozpusaczającą z łatwością fibrynę.

WINO PEPTONOWE HISZPAŃSKIE z peptonem przez Witte'go w Rostoku według metody prof. Dra Adamkiewicza wyrabianym i

WINO RZEWIENIOWE (rumbarbarowe) HISZPAŃSKIE, wyciąg winny z najlepszego chińskiego korzenia rzewniowego,

Znajdują się na składach:

w **Krakowie** w aptekach: pp. Fort. Gralewskiego, Wiktora Redyka i Ernesta Stockmara;

we **Lwowie** w aptece pod Gwiazdą Piotra Mikolascha;

w **Czerniowcach** w aptece p. F. Krzyżanowskiego;

w **Wiedniu** na głównym składzie dla Austro-Węgier u p. Wilhelma Maaagera Heumarkt Nr. 3, tudzież we wszystkich aptekach większych Austro Węgier.

Cena któregokolwiek wina leczniczego **1 złr. 50 ct.** za buteleczkę ¼ litrową.

Powyższe składy utrzymują też stary **Koniak** i stare wina **Malagę**, **Tokaj** i **Wino hiszpańskie dla rekonwalescentów** z piwnic **Karola Mikolascha** we Lwowie.

Świadectwa pierwszych powag na polu kliniki chorób wewnętrznych tak z Wiednia jakoteż ze Lwowa, Krakowa i Czerniowiec znajdują się w ręku K. Mikolascha.

Wystrzegać się licznych naśladowań i fałszerstw.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 zł. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 29 marca 1884. № 13. Rok XXIII.

I. O dzisiejszym stanie nauki o transfuzyi.

Wykład miany w Tow. lek. krak.
przez prof. Mikulicza.

Panowie! Nie ma może drugiéj operacyi, o któréj znaczeniu w różnych czasach tak różne panowały zapatrywania, jak o transfuzyi. Od połowy 17go stulecia, gdy tę operacyję po raz pierwszy z pomyślnym skutkiem wykonano na człowieku, bywały czasy, w których ją zalecano jako jedną z największych zdobyczy na polu medycyny, podczas gdy inne pokolenia potępiały ją jako zabieg zbyt śmiały. Taką zmianę w zapatrywaniach przeżyliśmy znów w ostatnich 10 latach. W połowie 7go dziesiątka lat bieżącego wieku zdawało się, jak gdyby transfuzyja w medycynie miała zdobyć sobie nowy okres a zapaleni zwolennicy jéj spodziewali się, że nietylko osobom ulegającym skrwawieniu na polu bitwy, ale każdemu prawie ciężko choremu mogą udzielić ratunku. Wszak wykonano transfuzyję nietylko w przypadkach ropnicy i posocznicy, ale i w przypadkach białicy, błędnicy i zimnicy, a nawet chciano w ten sposób leczyć gruźlicę płuc. Ale już w parę lat potém zapał minął a z początkiem obecnego dziesiątka lat prawie wszyscy uważali transfuzyję za operacyję należącą do historyi, która chyba tylko jeszcze dla fizyjologa i patologa ma znaczenie. Że zaś kwestyję tę omówić dzisiaj zamierzam, powoduję się okolicznością, że nastąpiła w ostatnich latach istotna zmiana w nauce o transfuzyi, zmiana, która z pewnością zasługuje na uwagę wszystkich lekarzy. Mam tu na myśli zalecane naprzód przez Schwarza, a przez Bischoffa z pomyślnym skutkiem po raz pierwszy na człowieku wykonane wlewanie rozczynu soli kuchennéj do układu naczyniowego w przypadkach ostréj niedokrewności. Operacyję tę odtąd co najmniéj kilkanaście razy z wybitnym skutkiem powtórzono. Ja niedawno miałem sposobność wykonać infuzyję rozczynu soli kuchennéj, i przekonałem się na podstawie własnego doświadczenia, że jestto zabieg, który nietylko dla wybitnego skutku ale i z powodu braku niebezpieczeństwa wśród operacyi i z powodu prostéj zupełnie manipulacyi powinien być znany każdemu lekarzowi.

Ponieważ wlewanie rozczynu soli kuchennéj zawdzięcza swe powstanie badaniom fizyjologicznym a więc opiera się na zdrowéj podstawie naukowéj, i ponieważ z drugiéj strony z historyją transfuzyi pozostaje w ścisłym związku, musimy dla należytego ocenienia tego ostatniego uwzględnić poprzednie losy transfuzyi, jak niemniéj i fizyjologiczne prace wstępne.

Jak już wspomniałem wykonano pierwszą transfuzyję z pomyślnym skutkiem na człowieku w 17tym wieku, a mianowicie wykonał ją Jan Baptista Denis w Paryżu w r. 1667, gdy dwa lata przedtém Lowerowi udało się doświadczenie przetoczenia krwi z jednego psa na drugiego. Tymczasem wykonano operacyję tę już przedtém, choć bez skutku. Bergmann opowiada w wykładzie nader zajmującym, który miał w Berlinie w dniu 2gim sierpnia 1883 o transfuzyi, że na papieżu Inocentym VIII, a więc na sto lat przed odkryciem krążenia krwi przez Harveya, próbowano wykonać transfuzyję w ten sposób, że z 3ch rzymskich chłopców przeprowadzono krew do żył umierającego starca ale bez skutku. A więc prawie przed czterystu laty robiono transfuzyję, nim jeszcze miano jasne pojęcie o krążeniu krwi w ciele ludzkiém.

Po pierwszéj szczęśliwéj transfuzyi Denisa, wykonanéj za pomocą krwi jagnięcéj, powtarzano ją niebawem, ale tak często z niepomyślnym skutkiem, że straciła prawie na poważaniu.

Wprawdzie wykonywano ją tu i owdzie i z początkiem naszego stulecia, stosowano ją w najrozmaitszych chorobach nerek i płuc, a nawet w tyfusie i cholerze. Na znaczeniu zyskała operacyja ta ponownie dopiero, gdy w r. 1859 Martin ogłosił szereg świetnych wyników u położnic niedokrewnych z powodu utraty krwi. Odtąd operacyja ta stała

się znów popularną, ale znów nie ograniczono się do wykonywania jéj u niedokrewnych z powodu utraty krwi, lecz zalecano i wykonywano ją w różnych innych chorobach. Do najbardziéj gorliwych obrońców pomiędzy chirurgami należeli, jak wiadomo, Hüter i Neudörfer. Ale znów liczne przypadki niepomyślne a po części i przypadki śmierci bez wątpienia przez transfuzyję wywołane zakończyły przedwcześnie krótki okres jéj rozkwitu. Wprawdzie zwolennicy transfuzyi na drodze statystyki starali się zapewnić jéj znaczenie. Liczby te były jednak za małe, skutki za mało w oczy uderzające a wreszcie statystyka tu tak samo nie mogła być rozstrzygającą, jak wobec wielu innych środków leczniczych. Przetaczanie krwi straciło znowu na znaczeniu a to tym razem dla tego, że brakowało mu dostatecznéj podstawy fizyjologicznéj. Jestto dziwném, że się rozwój transfuzyi krwi od samego początku, gdzie ją wykonywano przed poznaniem krążenia krwi, aż do ostatnich czasów tém odznaczał, że ją robiono albo bez znajomości potrzebnych jeszcze podstaw fizyjologicznych, albo bez należytego uwzględnienia znanych już faktów fizyjologii, t. j. na podstawie empiryi.

Dopiero dziś jesteśmy w stanie zrozumieć błędy dawniejszéj nauki o transfuzyi, skoro piękne prace badaczy jak Panuma, Landoisa, Ponficka i późniejsze studyja Lessera, Schwarza, Kroneckera, Sandera, Schmidta i Köhlera kwestyję całą dostatecznie wyjaśniły.

Myśl przewodnia transfuzyi bez wątpienia jest zupełnie zdrową i nie potrzeba na to być lekarzem, aby zrozumieć, że utracona żyjąca krew najpewniéj się da zastąpić znów przez krew żyjącą. Jak łatwo jednak rzecz da się pomyśleć, tak skomplikowaném jest wykonanie tego pomysłu a jeszcze bardziéj skomplikowany fizyjologiczny rozbiór szczegółów, które tu należy uwzględnić. Zachodzi naprzód pytanie, czy w ogóle można krew żyjącą przetoczyć z jednéj osoby na drugą. Jak wiadomo już śród praktycznego wykonania tego zadania przedstawiają się rozmaite trudności. Przedewszystkiém nie zawsze rozporządza się krwią człowieka zdrowego. Z tego powodu używano już w dawnych czasach także krwi zwierzęcéj, najczęściéj jagnięcéj. Drugą trudność przedstawia szybkie krzepnienie świeżo upuszczonéj krwi. Choć uda się w doświadczeniu tętnicę jednego zwierzęcia z żyłą drugiego połączyć za pomocą krótkiéj rurki i przeprowadzić krew bezpośrednio tą drogą, to przecież przelewanie takie z człowieka na człowieka już dla tego nie łatwo da się wykonać, że dający krew nie tak łatwo się zgodzi na to, żeby poświęcić w tym celu dość wielką tętnicę. Oprócz tego przy zakładaniu kaniuli łatwo powstają skrzepy, które — przynajmniéj przy transfuzyi śródżylnéj — mogą dać powód do powstania niebezpiecznych zatorów płucnych. Dla tego rozwinął się sposób postępowania, polegający na odwłóknieniu krwi i wstrzykiwaniu dopiero po staranném przesączeniu.

Wiadomo, że za najważniejszy składnik krwi uważamy czerwone ciałka krwi, które przenosząc tlen mają pośredniczyć w wymianie gazów pomiędzy tkankami. Na podstawie dawniejszych zapatrywań polegały znane objawy ostréj niedokrewności na braku ciałek czerwonych krwi. Na podstawie tych zapatrywań chodziło więc tylko o to, żeby organizmowi dostarczyć dostatecznéj ilości ciałek czerwonych, a ponieważ one we krwi odwłóknionéj na pozór nie doznawały zmiany, więc krew odwłókniona miała działać w ten sam sposób jak świeża nieskrzepła. Szereg pomyślnych wyników zdawał się stwierdzać to zapatrywanie, choć znane były i przypadki, w których zwłaszcza po wstrzyknięciu znaczniejszych ilości nastąpiły ciężkie zaburzenia. Pozostało to więc zawsze kwestyją nierozstrzygniętą: czy obcą a względnie jagnięcą lub ludzką, czy odwłóknioną lub nieodwłóknioną krew należy stosować.

Zanim odpowiemy na to, musimy zapytać się naprzód dokładniéj, co właściwie przez transfuzyję osiągnąć zamierzamy? Na czém polega istota ostréj niedokrewności? Dla czego niedokrewność ostra śmierć sprowadza? Przedtém, jak już wspomniałem, brzmiała odpowiedź w ten sposób, że śmierć z niedokrewności następuje z powodu braku ciałek czerwonych a transfuzyja ma na celu doprowadzić do ustroju potrzebnéj ilości tychże. Mogę już tu nadmienić, że na podstawie dzisiejszéj naszéj nauki z jednéj strony założenie téj odpowiedzi jest fałszywém a z drugiéj strony przeprowadzenie żywych zdolnych do funkcyi ciałek krwi prawdopodobnie wcale nie jest możebném przy naszych dzisiejszych środkach.

Na podstawie dokładnych doświadczeń na zwierzętach wiemy, że po śmiertelnéj utracie krwi życie ustaje już wtedy, kiedy istniejąca ilość krwi jeszcze nazbyt wystarcza do życia zwierzęcia. Jeżeli się bowiem nie wypuszcza krwi na raz ale w odstępach całodziennych, albo podczas kilku dni mniejsze ilości krwi przez otwarcie żył odejmuje, to cała utrata krwi może znacznie przewyższyć tę ilość, która wystarczy, żeby sprowadzić śmierć po jednorazowym upuście. Bardzo zajmującém jest doświadczenie Tolmaczewa, który podczas 11 dni psu stopniowo odejmował krew w ilości przeszło 14% ciężaru ciała, a więc prawie dwa razy tyle, co wynosi prawidłowa ilość krwi. Dowodzi to z jednéj strony możności szybkiéj regeneracyi krwi, z drugiéj zaś, że organizm częste mniejsze upusty krwi lepiéj znosi niż jeden większy.

Jeszcze bardziéj przekonywające są znane doświadczenia Kroneckera i Sandera. Badacze ci dwom psom naraz upuścili 50%, a względnie 60%, całéj ilości krwi. Gdy akcyja serca zupełnie osłabła, wstrzykiwali do żyły szyjnéj ilość alkalicznego rozczynu soli kuchennéj, równającą się ilości krwi upuszczonéj. Zwierzęta bardzo szybko przychodziły do siebie, a po kilku dniach nie widziano u nich śladu doznanéj utraty krwi.

Wiemy bowiem, że przy szybkiéj utracie krwi śmierć już następuje po utracie $\frac{1}{3}$ lub $\frac{1}{2}$ całéj ilości. Utrata $\frac{1}{8}$ mija bez trwałego zaburzenia, a nawet utrata $\frac{1}{4}$ całéj ilości bywa najczęściéj dobrze znoszoną, chociaż po niéj następuje hydremija i oligocytemija, trwająca dni i tygodnie, która jednak u zdrowych zresztą osób ustępuje w skutek rychłéj regeneracyi ciałek krwi.

Dalszego dowodu na to, że ilość krwi przy śmiertelnéj utracie takowéj sama przez się jużby wystarczyła do utrzymania życia, dostarcza porównanie krwi w ostréj i przewlekłéj niedokrewności. Po nagłéj utracie krwi zmniejsza się według Recklinghausena liczba czerwonych ciałek krwi w najcięższych przypadkach o połowę albo nieco mniéj, to jest z 5 na 2 do $2\frac{1}{2}$ milijona na milimeter kubiczny. W przewlekłéj niedokrewności zaś spostrzegano liczby 300.000 i nawet 200.000 na 1 milimeter kub.; więc tu $\frac{1}{10}$ część ilości ciałek krwi czerwonych, znajdującéj się w prawie śmiertelnéj ostréj niedokrewności, wystarczyć może do utrzymania życia.

Przytoczony szczegół, że wstrzyknięcie obojętnego płynu

mimo utraty zabójczéj zresztą ilości krwi może utrzymać życie, można tylko w ten sposób tłumaczyć, że śmierć z zakrwawienia nie następuje dla braku krwi a względnie czerwonych ciałek, lecz w skutek obniżenia się parcia krwi ościennego i niedostatecznego napełnienia obwodowych naczyń a mianowicie głównie naczyń mózgu i rdzenia przedłużonego.

System naczyniowy wprawdzie w wysokim stopniu posiada możność zastosowania się do różnych ilości krwi. Jestto bardzo ciekawym faktem, udowodnionym doświadczalnie przez Worm-Müllera i Lessera, że przepełnienie systemu naczyniowego przez wstrzykiwanie krwi w ilości 100 a nawet 150% pierwotnéj ilości krwi bez trwałego podniesienia parcia krwi bywa znoszoném. Także i za zmniejszeniem ilości krwi system naczyniowy działa regulująco, ale tylko do pewnéj granicy; w przypadkach utraty krwi wynoszącéj $\frac{1}{8}$ całéj ilości a nawet i więcéj parcie ościenne opada tylko chwilowo. Dopiero jeżeli nagle jeszcze większą ilość krwi się upuszcza, działanie regulujące naczyń staje się niedostateczném, parcie opada i występuje ischemija mózgu, która właśnie sprowadza śmierć. Najprawdopodobniéj przytém powstaje niejednostajny rozkład krwi, gdyż trzewa jamy brzusznéj w swych rozległych i licznych obszarach naczyniowych zatrzymują pozostałą ilość krwi. Zapatrywanie to zgadza się zupełnie z dawném doświadczeniem chirurgów. Jeżeli chory w skutek operacyi lub przypadkowego uszkodzenia stał się niedokrewnym, to układamy głowę nisko albo nawet całe ciało skośnie z nogami ku górze, żeby krew przynajmniéj na podstawie siły ciężkości w większéj ilości dopływała do mózgu. Nie inaczéj téż działa tak zwana autotransfuzyja, t. j. zawinięcie odnóg za pomocą opasek elastycznych, przez co jedną część ciała chwilowo wyklucza się z obiegu krwi na korzyść trzew ważniejszych dla życia.

Tak więc w ostréj niedokrewności w skutek utraty krwi występującéj głównie o to chodzi, żeby parcie krwi ościenne szybko opadające znów podnieść i zapobiedz ischemii ośrodków nerwowych [1]). W jaki sposób to się dzieje, to właściwe na razie jest obojętném. Jeżeli jednak ułożenie skośne ciała i autotransfuzyja nie wystarczą, wtedy wstrzyknięcie obojętnego dla krwi płynu może wystarczyć dla usunięcia chwilowego niebezpieczeństwa. (C. d. n.)

II. Kilka uwag o przyczynach położeń płodu [2]).

Podał **Franciszek Rubinstein,**
zarządzający przytułkiem położniczym Nr. 5. w Warszawie, b. lek miejsc. Maryjskiego Domu Położniczego w Petersburgu.

Powszechnie wiadomą jest rzeczą, że płód przez cały przebieg ciąży nie znajduje się stale w jedném i tém samém położeniu, a na odwrót położenie płodu podlega mniéj więcéj częstym zmianom. Im łatwiéj zaś płód przechodzi z jednego położenia w drugie i im trudniéj on to nabyte położenie zmienia, tém stalsze ono będzie i w niém się płód urodzi. Jeśli więc jest mowa o przyczynach położeń, to przez nie rozumieć należy przyczyny zmiany położenia, a z drugiéj strony przyczyny utrzymujące zaszłą zmianę.

Również wiadomém jest, że poszczególni autorowie rozmaite podawali przyczyny położeń płodu i że każdy autor nowego poglądu czynił zarzuty przeciw istniejącym już teoryjom. Zarzuty te mniéj lub więcéj słuszne nie mogły jednak dowieść bezpodstawności innych teoryj i musimy przyjść do przekonania, że przyczyny położeń płodu leżą w wspólnem jednoczesném działaniu niektórych momentów. Momentami zaś temi są: różnica ciężkości gatunkowéj oddzielnych części płodu, postać płodu, ruchy mięśniowe płodu, tak samowolne jak i odruchowe, postać macicy, przemijająca kurczliwość macicy podczas ciąży, ilość cieczy płodowéj, opór napotykany przez płód śród wstawienia się przodującéj jego części przez ściany miednicy. Gdy zaś na podobne momenty wpływają pewne warunki, w tych więc warunkach należy szukać przyczyn położeń płodu. Warunkami zaś temi będą: 1) ilość poprzedzających ciąży, 2) czas trwania ciąży, 3) wielkość płodu, 4) ilość płodów, 5) wielkość miednicy, 6) nachylenie macicy. W każdym razie położenie płodu zależeć będzie od działania wszystkich tych warunków a w wyjątkowych razach da się zauważyć wpływ tylko jednego momentu.

ad 1) W pierwszéj ciąży forma macicy jest jajowatą, z dnem szerokiém a końcem dolnym węższym; formie téj odpowiada postać ciała płodu normalnie tak ułożonego, iż pośladki wraz z odnogami dolnemi tworzą koniec szeroki, a wąski koniec stanowi główka; dzięki więc akomodacyi tych form położenie główkowe jest najodpowiedniejsze. Grubość ścian macicy i sprężystość ich ułatwia kurczliwość macicy i sprzeciwia się zbytniemu ich rozciągnięciu, a zatém okoliczność ta staje na przeszkodzie zmianie położenia główkowego. Przy powiększającéj się liczbie ciąży ściany macicy rozciągnięte poprzedzającemi ciążami są cieńsze i mniéj sprężyste, skutkiem czego jama macicy jest obszerniejsza i forma jéj więcéj zbliżona do kuli; dana jest przeto możność płodowi częstszego zmieniania swego położenia i dla tego w powtórnych ciążach rzadziéj się spotykamy z położeniem główkowém niż w pierwszéj.

ad 2) W miarę zbliżania się ciąży do swego kresu ilość cieczy płodowéj w stosunku do wielkości płodu się zmniejsza, a odwrotnie im daléj od końca ciąży, tém ilość cieczy płodowéj jest większą. Od ilości zaś téj cieczy zależy większe lub mniejsze przyleganie ścian macicy do płodu, a zatém i forma macicy. Od tych zaś momentów zależy większa lub mniejsza ruchliwość płodu, a zatém im bliżéj początku ciąży, tém łatwiéj zmiany położenia płodu do skutku przychodzą i położenie główkowe jako mniéj stałe w początku ciąży rzadziéj się napotyka niż pod koniec.

ad 3) Im płód jest mniejszy, tém różnica między wielkością osi jego podłużnéj a wielkością osi poprzecznéj macicy jest mniejszą, tém położenie poprzeczne płodu jest dla niego mniéj niedogodne; prócz tego przy mniejszym płodzie prawo ciążenia główki ku dołowi mniéj zastosowania znajduje niż przy płodzie wielkim, gdyż przy mniejszym ciężarze płodu różnica ciężarów pojedyńczych jego części będzie mniejszą.

ad 4) W ciąży bliźniaczéj forma macicy nie odpowiada już postaci dwóch płodów obok siebie leżących, dla tego oba płody rzadziéj mają jedno i to samo położenie, i gdy jeden znajduje się w położeniu czaszkowém, drugi leży często w pośladkowém lub poprzeczném. Przytém jama macicy zbyt rozciągnięta kilkoma płodami posiada ściany cienkie, nie ściągające się tak jak w ciąży pojedyńczéj; w skutek tego wpływ ściągań przemijających w ciąży bliźniaczéj jest mniej-

---

[1]) W przypadkach niedokrewności przewlekłéj stosunki są wcale odmienne a doprowadziłoby to nas za daleko, gdybyśmy się nią także zająć chcieli.

[2]) Treść artykułu odczytaną była na posiedzeniu warszawskiego Towarzystwa lekarskiego d. 16 października 1883 r.

szy. Pewną rolę w położeniu płodów w ciąży bliźniaczéj odgrywa okoliczność, że płody są mniejsze niż w ciąży pojedyńczéj.

ad 5) Wielkość miednicy ma o tyle wpływ na położenie płodu, o ile z nią w stosunku się znajduje część płodu pomieszczona w dolnym odcinku macicy. Jeśli ta część będzie znacznie mniejszą, to przy ruchach płodu część ta może się usunąć, gdy zaś ta przodująca część płodu będzie większą, wtedy miednica przedstawi opór wstawieniu się jéj; przy normalnych warunkach przodująca część zostaje uwięzioną w pierścieniu kostnym. Tak więc *a*) przy normalnéj budowie miednicy z powodu uwięzienia główki położenie czaszkowe zostaje ustalone, w innych położeniach płodu wchód miednicy jako obszerniejszy od przodującéj części nie stawia oporu odsuwaniu się jéj, a zatém umożebnia zmiany położeń; *b*) przy obszerniejszéj niż normalnie miednicy część przodująca (choćby główka) może się z łatwością usunąć a więc brak warunków dla ustalenia położenia; *c*) wązka miednica nie pozwoli wstawić się przodującéj części płodu, a więc takowa odsunie się w jedną stronę i powstanie bądź położenie twarzowe bądź ukośne.

ad 6) Normalnie macica jest nachylona ku przodowi, w skutek tego ujście wewnętrzne macicy nie jest jéj najniżéj położonym punktem, ale takim jest dolny odcinek przedniéj ściany jamy macicy; w takim razie wstawi się nad ujściem wewnętrznem macicy główka płodu odpowiednio prawu ciężkości, gdyż wtedy prawy bark płodu leżeć będzie najniżéj, przylegając do dolnego odcinka przedniéj ściany macicy. Przy zmianie nachylenia macicy główka pod wpływem prawa ciężkości nie będzie mogła zająć płaszczyzny wchodu miednicy i powstanie w skutek tego każde inne a nie główkowe położenie.

Do tych okoliczności, mających wpływ na powstanie położeń płodu, dodał Hecker jeszcze jeden moment, objaśnić mający powstanie położenia twarzowego. Mianowicie forma główki długogłowa pociąga za sobą przedłużenie tylnego ramienia dźwigni główkowéj; w skutek tego kierunek sił działających za pośrednictwem przedniego ramienia dźwigni zmienia się, i zamiast zgięcia główki w stawie karkowym otrzymujemy jéj rozgięcie, a przeto nad wchodem miednicy ustawi się twarz a nie czaszka płodu. Kliniczne spostrzeżenia popierają racyjonalność tego poglądu, ale następujące spostrzeżenie sprzeczne z tym poglądem zmusiło mnie do zwrócenia uwagi na etyjologiję położeń płodu.

N. N., dziewczyna wiejska, 22 lat mająca, 2/14 grudnia 1880 r. przybyła do Maryjskiego Domu położniczego w Petersburgu, w celu odbycia rozpoczętego już porodu. — Daty pojawienia się pierwszéj regularności, jak również typu jéj, nie podaje. Chorób żadnych nie przebyła. Ostatnia regularność pojawić się miała w ostatnich dniach lutego rb., na czas pojawienia się pierwszych ruchów płodu nie zwróciła uwagi; ciężarną jest po raz pierwszy.

Wzrostu 156 cm., dobrze odżywiona i silnie zbudowana. Obwód brzucha w okolicy pępka wynosi 91 cm. Odległość dna macicy od spojenia łonowego wynosi 26 cm. (mierzona cyrklem), od wyrostka mieczykowego zaś 3 cm., tenże oddalony jest od spojenia łonowego 31 cm. Forma macicy jajowata z dnem szerszém niżeli dolny odcinek. Ściany macicy konsystencyi włóknisto-twardéj tak, że tylko przy pewnym nacisku na nie wyczuć można główkę płodu w okolicy dna, z prawéj jego strony; grzbietu zaś płodu przez macanie nie wyczuwa się. Bicie serca płodu (około 140 do 150 uderzeń na minutę) najgłośniejsze jest na palec poprzeczny powyżéj i z prawéj strony pępka. Ujście maciczne otwarte na 2 palce w średnicy. Pęcherz płodowy cały, przezeń wyczuć można pośladki i krzyż płodu zwrócony w prawą stronę i ku przodowi.

W 25 godzin po rozpoczęciu się porodu, a w 6¼ godziu po pęknięciu pęcherza plodowego (przyczém wypłynęła mniéj niż w umiarkowanéj ilości ciecz płodowa) i po zupełném wygładzeniu się ujścia macicznego dyżurny kolega Andrgen przystąpił do ręcznego pociągania płodu za urodzone już pośladki. Operacyja ta wykonana w méj obecności nie przedstawiała zbytnich trudności, tak że w 5 minut udało się koledze A wydobyć płód płci mezkiéj. Noworodek był w stanie pozornéj śmierci i dopiero rękoczynami Schultzego i Spiegelberga udało mi się po upływie 1½ godziny ożywić go i do stanu normalnego doprowadzić. Z powodu krwotoku macicznego kolega A. wydalił łożysko sposobem Credégo w 3 minuty po urodzeniu się płodu.

Już przy pierwszych oględzinach zwróciłem uwagę dwóch obecnych kolegów (Berga i Mironowa) i kilku studentów V kursu medycyny na formę główki podobną do napotykanéj przy porodach w położeniu twarzowém, tj. typu długogłowych, a w 18 godzin po porodzie dziecka dyrektor zakładu, śp. prof. Horwic, potwierdził me zapatrywanie się na postać główki. Lecz nie tylko wejrzenie zewnętrzne ale także i wymiary główki stwierdziły przynależność jéj do tego typu.

Ciężar płodu	3.100	grm.
Długość „	51	cm.
Wymiar prosty główki tj. od gładyszki do guza potylic.	12	„
Od gładyszki do ciemienia małego	12	„
Długość kości ciemieniow. (od ciemienia mał. do wiel.)	9	„
Odległość ciemienia małego od guza potylicowego .	1	„
Od tylnego brzegu dziury potylicznéj do ciemienia mał.	4	„
„ „ „ „ „ do guza potylicowego	3½	„
Wymiar ukośny wielki (od podbródka do ciemienia mał.)	13	„
Między guzami czołowemi	4	„
„ skroniami (poprzeczny mały)	8	„
„ guzami ciemieniowemi (poprzeczny wielki) .	8	„
Wymiar ukośny mały	9	„
Obwód główki poziomy	34	„
Obwód główki mały	32	„
Obwód główki ukośny wielki	36	„
Wymiar międzybarkowy	10	„
Wymiar międzykrętarzowy	8	„
Długość pępowiny	54	„
Ciężar łożyska	500	grm.

Guz potylicowy leży z małém ciemieniem na jednéj płaszczyźnie równoległéj do osi płodu. Główka jest odchyloną w stawie karkowym, tak że potylica zbliżona do karku bardziéj niż podbródek do szyi, ruchy główki biernie wykonane w odwrotnym kierunku są możebne, lecz główka pozostawiona sama sobie wraca do poprzedniego położenia.

Położnica wraz z dzieckiem opuściła zakład na trzeci dzień w stanie zadowalającym.

Broca [1]) w celu określenia charakteru główki bierze stosunek wymiaru prostego do poprzecznego wielkiego porównywając pierwszy z cyfrą sto i otrzymuje tym sposobem mianownik główkowy (*indice céphalique*), Stosownie do wielkości tego mianownika dzieli główki na 3 rodzaje:

1. Długogłowe (*dolichocephales*) dzielące się na:

[1]) Fr. Perlis. Nablindenja nad konfiguracieju dietskoj gołowki. St. Pbg. 1879 (dysertacya ruska).

a) długogłowe rzeczywiste, gdy mianownik jest mniejszym od 75.

b) półdługogłowe, gdy on wynosi 75 do 77.7.

2. Średniogłowe (*mesocephales*) o mianowniku 77.7—80.

3. Krótkogłowe (*brachicephales*):

a) półkrótkogłowe o mianowniku 80—85.

b) krótkogłowe rzeczywiste, gdy mianownik jest większy od 85.

A ponieważ w danym przypadku wymiar przodkowy wynosił 12 cm., a poprzeczny 8, więc stosunek ich wzajemny równa się 100 do 66,66, t. j. mianownik główkowy płodu tego wynosi 66,66 i główka należy do kategoryi *a*) grupy 1. Broki, czyli płód ten jest długogłowy rzeczywisty.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Wład. Lesser (w Lipsku): **Zachowanie się katgutu w ustroju i heteroplastyka.**

W celu zbadania zmian, jakich doznaje podwiązka katgutowa, znajdująca się przez dłuższy czas w ustroju żyjącym, wykonał Wład. Lesser szereg doświadczeń w pracowni Virchowa w Berlinie. Wprowadzał on nitki katgutowe królikom pod skórę, do mięśni a nawet do organów klatki piersiowéj i jamy brzusznéj, i po upływie pewnego czasu zabijał zwierzęta i badał sam katgut jak i tkankę otaczającą pod drobnowidem. Ponieważ jednak zalety katgutu wobec innych materyjałów służących do szycia i podwiązywania naczyń występują tylko wtedy, gdy gojenie rany odbywa się przez bezpośrednie zlepienie, przeto przestrzegał Lesser w swych doświadczeniach ściśle wszystkich zasad postępowania przeciwgnilnego, a, o ile to było możliwém, operował podskórnie. Jeżeli np. chodziło o przeprowadzenie nitki przez klatkę piersiową, przesuwał naprzód skórę w miejscu wkłucia, wbijał następnie srebrną 12cm. długą igłę, w któréj uszku nawleczoną była nitka grubego katgutu, do klatki piersiowéj, a przesunąwszy wreszcie skórę i ponad miejscem wykłucia wyprowadzał igłę na zewnątrz. Gdy koniec nitki zniknął poza otworem wkłucia, odcinał nitkę tuż przy otworze wykłucia w skutek cofnięcia się skóry ponad tém miejscem i ten koniec był ze wszech stron okryty żyjącą tkanką.

W 9 przypadkach wprowadził Lesser tym sposobem katgut pod skórę do tkanki łącznéj najczęściéj na grzbiecie tuż obok kręgosłupa. Aż do 22go dnia nie okazywał sam katgut pod mikroskopem zmian żadnych. Tylko w otoczeniu znajdowały się nieliczne ciałka białe i barwik krwi. Na preparatach wziętych z królików, które nosiły nitkę katgutową pod skórą 22—36 dni, widać podobne zmiany tylko w wyższym nieco stopniu. 36go dnia widać już komórki białe wchodzące gromadami w samą nitkę katgutową a w otoczeniu téjże rozwinęła się już młoda tkanka łączna z nowowytworzonemi naczyniami krwionośnemi. Po 64 dniach nie można było gołém okiem odróżnić katgutu od otaczającéj tkanki łącznéj, a pod mikroskopem w miejsce katgutu widać było młodą, w komórki obfitą tkankę łączną. Po 82 i 85 dniach miejsce katgutu zajmuje młoda tkanka bliznowata.

W 5ciu przypadkach przeprowadzono katgut przez mięśnie. W 11 dni po wprowadzeniu była nitka dokoła otoczoną licznemi okrągłemi komórkami, które miejscami wtłaczały się w nierówne, jakby powygryzane brzegi katgutu. Pomiędzy temi drobnemi komórkami znajdowały się także dość liczne komórki duże o ciemno zabarwionych jądrach. Po dłuższém trwaniu rozpadał się katgut na liczne drobne włókienka a pomiędzy nie wciskała się od obwodu tkanka łączna włóknista bardzo bogata w komórki i naczynia krwionośne. Z czasem ta tkanka zajęła całe miejsce katgutu, podobnie jak w pierwszym szeregu doświadczeń, zaledwie tu i owdzie drobne włókienko katgutu oparło się nowo wytworzonéj tkance. Dwa razy przeprowadzono podwiązkę katgutową na około kości goleniowéj pomiędzy okostną a samą kością. Po 15tu dniach katgut sam nie doznał żadnéj zmiany, ale natomiast liczne komórki olbrzymie okalały go zewsząd.

Sześciu królikom wprowadzono katgut do stawu kolanowego. Tu obrazy były podobne jak przy wprowadzeniu katgutu do tkanki podskórnéj. Ciekawym bardzo był obraz w 27 dni po operacyi. W miejsce katgutu widać było postronek, którego zewnętrzną warstwę stanowiła delikatna siatka, zawierająca liczne komórki, bardziéj ku wewnątrz szła tkanka włóknista w komórki uboga, a w samym dopiero środku znajdowała się młoda tkanka łączna, zawierająca tu i owdzie ziarnka barwika i szczątki katgutu.

Podobne zupełnie były wyniki w dwu przypadkach, podwiązania tętnicy szyjnéj, w 2ch przypadkach podwiązania żyły szyjnéj, w jednym przypadku, gdzie poprowadzono nitkę katgutową na około tchawicy, w 7miu przypadkach w których przeprowadzono katgut przez narządy klatki piersiowéj nie wyjmując nawet i serca i w 11 przypadkach, gdzie katgut leżał w jamie brzusznéj, prawie wszędzie naciek drobnokomórkowy drążąc od obwodu w głąb zajmował miejsce katgutu.

W celu zbadania zachowania się katgutu wobec rozmaitych płynów przedsięwziął Lesser następujący szereg doświadczeń. Napełnił epruwetki rozmaitemi płynami (wodą destylowaną, mocno rozcieńczonym kwasem solnym, $^1/_2$% roztworem soli kuchennéj, moczem, krwią odwłóknioną i nieodwłóknioną). Do każdéj z tych epruwetek wprowadził nitkę grubego katgutu, któréj jeden koniec był przymocowany do korka zatykającego epruwetkę, a na drugim końcu była przymocowaną mała kuleczka szklana w celu napięcia każdéj nitki. Już po 11 dniach katgut prawie wszędzie napęczniał, po 30 dniu tylko w wodzie i w $^1/_2$% roztworze soli kuchennéj był jeszcze prawie niezmieniony, zresztą wszędzie zmiany znaczne. Zwłaszcza we krwi począł gnić, a w moczu pokryty był licznemi drobnemi kryształkami. Po $5^1/_4$ latach katgut przechowany w wodzie był nieco tylko zgrubiały, zresztą prawie zupełnie niezmieniony, przechowany w kwasie solnym stracił zupełnie swą sprężystość. Z moczu zaś wydzieliły się bardzo liczne kryształki na powierzchni nitki. W roztworze soli i we krwi albo nitka była na granicy między powietrzem a płynem przedartą, albo też przynajmniéj część w cieczy zamoczona była nader wiotką i miękką.

Wyniki tych doświadczeń doprowadziły Lessera do wniosku, że katgut nie ulega w ciele organizacyi, lecz że ulega wessaniu, a w jego miejscu rozwija się tkanka bliznowata. Zarazem wykazał, że do tego wessania potrzeba długiego względnie czasu; oporność katgutu w rozmaitych przypadkach bywa różną, najmniejszą bywa ona w tych przypadkach, gdzie przebieg nie jest aseptyczny.

W drugiéj części swéj pracy przedstawia autor szereg doświadczeń, które wykonał dla rozwiązania kwestyi, czyby

ubytków w kościach i ścięgnach nie można zastąpić materyjałami nieorganicznemi i czyby nie można przez wszycie płyt niepodatnych w blizny w ścianach brzusznych powstałe wzmocnić je a tém samém zapobiedz następwemu powstawaniu przepuklin na tém miejscu. W tym celu 7miu zwierzętom włożył w otwory trepanacyjne na czaszce małe płyty z korku lub gumy zatykające zupełnie te otwory, a ranę w skórze zeszywał każdym razem ponad temi płytami. Prawie we wszystkich przypadkach gojenie odbywało się zupełnie aseptycznie, a po 20—40 dniach otwory te były zatkane zupełnie błoną uorganizowaną zawierającą w swém wnętrzu, jak gdyby w torebce, owe płyty. W skład téj przepony błoniastéj wchodziła zarówna okostna jak i opona twarda, a czasem wrastała nawet od obwódek i kość w tę błonę.

W 4ch przypadkach poprowadził autor cięcie w ścianach brzusznych i wszył następnie po pod ranę od strony jamy brzusznéj płytę gumową. Zupełne wgojenie się płyty nastąpiło tylko w jednym przypadku, ale niemniéj ten przypadek jak i tamte trzy, w skutek niezbyt ścisłego przestrzegania zasad antyseptyki, zakończył się śmiercią zwierzęcia.

U 4ch zwierząt wykonał Lesser trepanacyję kości goleniowéj i włożył w otwory powstałe kawałki korka lub gumy. W 2ch przypadkach nastąpiło wygojenie przez tkankę bliznowatą, która wyparła zupełnie ciała obce z kości. Przy sekcyi znaleziono te płyty poniżéj zarośniętego otworu trepanacyjnego zupełnie wśród tkanki łącznéj otorbione. Jeden pies zginął w skutek sprawy septycznéj, a jeden przypadkowo. W 2ch przypadkach wreszcie wycięto po kawałku ścięgna Achilesa i wszyto natomiast z pomyślnym skutkiem kawałki gumy.

Na podstawie tych niewielu doświadczeń twierdzi Lesser, że heteroplastyka zwłaszcza wśród ścisłego postępowania przeciwgnilnego ma do pewnego stopnia racyję bytu. Radziłby tylko zastąpić płyty gumowe i korkowe kawałkami kości żyjącéj lub chrząstek z nasad zwierząt młodych. (Archiw Virchowa, XXV, 2) *Dr. Trzebicky.*

Dr. Reinhard: **Przypadek peryjodycznéj zmiany barwy włosów**

U trzynastoletniéj idyjotki, którą obserwował autor w zakładzie w Dalldorf, miał sposobność spostrzegania wraz z innymi lekarzami peryjodyczną zmianę barwy włosów. Włosy jéj delikatne i dosyć gęste bywały raz żółtawo-blond, to znowu złocisto-czerwonawe, a zmiana następowała nawet w 48 do 60 godzin i utrzymywała się 7 do 8 dni. Zmianie téj, widocznéj do tego stopnia, że nawet posługaczki uwagę zwracała, nie przypisywano zrazu znaczenia, dopiero skoro się przekonano, że w miarę, jak się zmienia barwa włosów, nastaje również zmiana stanu psychicznego, a mianowicie w czasie podniecania psychicznego bywały włosy barwy złocisto-czerwonawéj, w czasie przytłumienia czynności psychicznych barwy żółtawo blond. Regułę tę o tyle tylko należy ograniczyć, że już na 24 lub 48 przed zmianą barwy włosów występował okres podniecenia. Nie spostrzeżono przytém żadnego schorzenia skory na głowie ani téż włosów a zmiana zachodziła zawsze w tych samych włosach rozpoczynając się od końców wolnych. Wspomnieć należy, że użycie sztucznych środków lub barwideł przez posługaczki jest w tym przypadku stanowczo wykluczone, a czesanie odbywało się zawsze takim samym grzebieniem przy użyciu odrobiny olejku do włosów. Skóra bywała jednak zawsze suchszą w okresie przytłumienia i wydzielała mniéj tłuszczu.

Po upływie kilkunastu miesięcy umarła ta idyjotka w zakładzie dalldorfskim a sekcyja wykazała oprócz zmian końcowych w płucach następujące zmiany w mózgu: jaśniejsze zabarwienie istoty szaréj spostrzegane golém okiem, drobnowidowo zaś bujanie komórek neurogl ii, zgrubienie ścian naczyniowych i rozszerzenie przestrzeni limfatycznych okołonaczyniowych, gdzieniegdzie małą ilość i zmniejszenie rozmiarów komórek zwojowych, zmianę ich charakterystycznego kształtu i zwężenie włókien osiowych. W przodkowych rogach rdzenia pacierzowego pokurczenie wielkich komórek zwojowych i obfite złogi barwikowe w tychże, obok stłuszczenia wielu naczyń. Sznury boczne zawierały mało ziarn tłuszczu, barwiły się jednak mocniéj karminem aniżeli w stanie prawidłowym.

Badanie włosów wykazało już przy użyciu lupy, że zmiana barwy nie polega bynajmniéj na użyciu sztucznych barwideł, nie było bowiem rażącéj różnicy pomiędzy miejscami jaśniejszemi i ciemniejszemi pni włosów, lecz barwa przechodziła stopniowo z jaśniejszego odcienia w ciemniejszy. Badanie mikrochemiczne co do barwideł używanych w tych celach usunęło wreszcie wszelką wątpliwość pod tym względem. Również zupełnie prawidłowe fizyczne własności włosów i brak woni chloru lub t. p. pozwoliły wykluczyć przypuszczenie, jakoby włosy sztucznie odbarwiono. Około 40 włosów zbadał R. wzdłuż całego pnia mikroskopowo, przyczém okazało się, że grubość ich wynosiła od 0,04 do 0,05mm. Kształt pnia był obły, przyskórek włosów jaśniejszych był nie tak regularny jak włosów ciemniejszych, gdyż liczne łuski sterczały ponad poziom innych tak, że powierzchnia włosa zdawała się więcéj szorstką. W kwasie siarkowym odrywały się łuski jaśniejszych włosów znacznie łatwiéj od kory. Rdzenia nie brakło prawie w żadnym włosie, w niektórych był jednak niewyraźny i poprzerywany, w ogóle wynosił stosunek rdzenia do grubości włosa 1:4 lub 1:5. Tak w jaśniejszych jakotéż w ciemniejszych włosach znajdował się w rdzeniu i w korze barwik żółty, w pierwszych wszędzie w postaci drobnych ziarenek rozrzucony.

Nie podobna zapuszczać się tutaj szczegółowo w nader dokładny opis badania mikroskopowego przedsiębranego przez autora, gdyż należałoby dosłownie chyba przetłumaczyć pracę autora, nie jest również wskazaném roztrząsanie tłumaczenia tego osobliwego zjawiska podanego przez R., opartego zresztą na licznych przypuszczeniach, wymienić jednak należy wnioski, które wysnuł R. na podstawie obserwacyi tego przypadku; zdaniem jego dowodzi niniejsze spostrzeżenie że:

1. w związku z innemi objawami mózgowemi występują zmiany troficzne w zakresie nerwów głowy;
2. że te zmiany odżywcze dosięgają nawet włosów;
3. że zmiany te mogą okazywać przebieg peryjodyczny tak, jak inne objawy nerwowe;
4. że zmiany te polegają we włosach na blednieniu ich barwy i
5. że to wypłowienie polega na nadmierném nieprawidłowém nagromadzeniu się powietrza w samym włosie, co może być również przejściowém. (*Virchows Archiv für path. Anat.*, T. 95). *Dr. Schaitter.*

De la Bate: **Przypadek otrucia kwasem karbolowym. Wyleczenie.**

Trzechletniemu dziecku podano wieczorem przez pomyłkę łyżkę stołową rozczynu kwasu karbolowego o nieznaném zgęszczeniu. Autor przywołany zastał dziecko bez przytomności, zsiniałe, z tętnem niedającém się policzyć i pole-

cił wziewania tlenu. Zapas tlenu miano właśnie przypadkowo przygotowany w aptece, po pierwszych wdechaniach tym gazem powróciło czucie, oddechanie stało się wolniejszém a po użyciu drugiego worka z tlenem dziecko powróciło do przytomności, a w przeciągu dni kilku do zupełnego zdrowia. Autor tłumaczy lecznicze działanie tlenu tém, że gaz ten sprzyja tworzeniu się ciałek krwi czerwonych, podczas gdy kwas karbolowy je niszczy. Wiadomo, że skoro kwas karbolowy dostanie się do krwi, zamienia się w dwuoksyfenol, ciało odtleniające, takby tedy dało się tłumaczyć działanie tlenu jako otrutki w zatruciu kwasem karbolowym. (Z drugiéj strony jednak nie podobna na niniejszym przypadku opierać téj teoryi, gdyż, zdaniem naszém, ten przypadek mało kwalifikuje się do tego z następujących powodów. Po pierwsze nie jest znaném zgęszczenie środka, powtóre podano truciznę wieczorem, a więc w porze, gdy zazwyczaj żołądek nie jest próżnym, a po trzecie podano go zaledwie łyżkę, nie można tedy uwolnić się od przypuszczenia, że w tym przypadku bez wdechania tlenu możebném było wyleczenie. W przeważnéj liczbie przypadków nastaje śmierć w skutek odruchowego porażenia czynności serca po zadrażnieniu nerwów żołądka, tak, że otruty żyć przestaje, zanim zdołanoby wydobyć potrzebną ilość tlenu. W każdym razie zastósowanie pompy żołądkowéj jest połączone z mniejszym zachodem i stratą czasu a rezultaty dałoby bez wątpienia pewniejsze. *Przyp. Sprawozd.*) (*Bulletin général de Thérapeutique.* 1883. Nov.). *Dr. Schaitter.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z posiedzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego z d. 7go marca 1884.

(Dokończenie. Patrz Nr. 12).

Potém odczytał kol. Osowicki następującą rozprawę: „O kile wrodzonéj późnéj“:

„Chciałbym zwrócić uwagę Panów kolegów na tę kwestyję ważną a jednakże niejasną i zawiłą i dotąd jeszcze nieustaloną. Doświadczenia, jakie, ordynując w szpitalu dziecięcym św. Józefa, mam sposobność zbierać, obudziły moją ciekawość pod tym względem: skłaniają one mnie, wbrew tradycyjom szkolnym, do przypuszczenia, że kiła wrodzona nie tak koniecznie już w pierwszych pięciu miesiącach życia dziecka objawić się musi, lecz, że i w daleko późniejszym wieku jeszcze wybucha, bądź w niewątpliwych kile właściwych formach, bądź téż w zmianach chorobowych ogólnych, zacofaniu w rozwoju i objawach nieprawidłowego odżywienia.

Od 1go kwietnia 1880 r. aż do dnia dzisiejszego miałem sposobność widzieć w szpitalu dziecięcym św. Józefa ogółem 115 dzieci dotkniętych kiłą. Z tych z polikliniki przypada na pierwszy rok życia 69, na czas między pierwszym a czwartym rokiem 14, na czas od 4—8: 11, między 8—14: 5 przypadków. W klinice leczonych było dzieci 16, z tych najmłodsze miało $1\frac{1}{4}$ roku, czworo miały między 4 a 5 lat, dwoje między 6 a 7, troje po 8 lat, sześcioro między 8 a 14 lat. Śledzenie rodziców wszystkich tych dzieci albo wcale nie mogło być przeprowadzone albo tylko i to wyjątkowo jednéj strony. Przypada więc 55% wszystkich przypadków na pierwszy rok życia, a na ogólną liczbę wszystkich chorych leczonych w tych $3\frac{3}{4}$ lat 14.200 niespełna 1% dotkniętych kiłą. Stawiając się więc na stanowisku schematowych reguł należałoby więc tylko te 69 przypadków w pierwszym roku życia za kiłę dziedziczną uważać, po za tym czasem jako powstałe z zarażenia po urodzeniu. Przypatrzmy się przecież tym przypadkom nieco bliżéj.

1) Jan M., 15 miesięcy, dziecko nieślubne, przyjęty do szpitala dnia 30 września 1883. Ojciec nieznany, matka przedstawić się nie chciała. Dziecko wychudłe, blade, bardzo mizerne, miewa rozwolnienie, skóra połyskująca, w nosie katar, zęby nakarbowane, około otworu stolcowego szerokie kłykciny. Dziecko nie było przedtém nigdy leczoném i nie miało téż nigdy wysypek skórnych, ani na wargach, ani w jamie ust ani na częściach płciowych nie widać uszkodzenia powierzchni ani wrzodu, ani blizny. Również gruczoły niestwardniałe. Pod wpływem kąpieli sublimatowych objawy miejscowe, a mianowicie ozena, znikły szybko, szyszkowiny wolniéj, przecież zupełnie, stan odżywienia ogólnego przecież się nie poprawił. Badanie dalsze wykazało zajęcie gruźlicze płuc, któremu téż dziecko dnia 30 listopada uległo. Sekcyja prócz ogólnéj gruźlicy rozsianéj po całym niemal miąższu i opłucny, również na pokrywie przeponowéj wątroby i śledziony owe zmiany miąższu wątroby, które Baerensprung jako znamionujące kiłę dziedziczną podaje, a mianowicie guzy częściowo już w zielonawo-brunatną masę rozpadłe. Pod mikroskopem przedstawia się ta masa jako już zdezorganizowany zniszczeniu właściwych pierwiastków organu podległy *detritus*. Sądzę, że mam prawo przypadek ten uważać za kiłę dziedziczną, choć termin jéj wybuchu po 15 miesiącach przechodzi kres uznany. — Najbliższym co do wieku jest następny przypadek:

2) Helena S., lat $4\frac{1}{2}$. Matka uważa się za zdrową, w rzeczywistości nigdy nie cierpiała na jakiebądź owrzodzenia części płciowych, zbrzękłe gruczoły, bóle w gardle lub wysypki skórne. Ojciec nieznany. Chora blada i w rozwoju zacofana ma *plaques muqueuses* na języku i na migdałkach, części płciowe nietknięte, gruczoły w pachwinach i zgięciu łokciowém nieobrzękłe. Chora wcieraniami szaruchy, późniéj używaniem jodku potasu w siedmiu tygodniach wyleczona opuściła zakład.

3) Jan C., lat siedm. Matka uważa się za zdrową; nie zapadała, jak twierdzi, nigdy na objawy kiły, ojciec nieznany. Chory niski, blady i drobny chłopczyna ma *plaques muqueuses* na migdałkach i języku. Na częściach płciowych żadnego obrażenia, gruczoły nieobrzękłe. Używaniem wcierań i jodkiem potasu wyleczony i dobrze odżywiony opuścił zakład.

4) Oskar P., lat 8, mizerny i blady, o rodzicach nic nie wiadomo. Ma *condylomata lata ad anum.* Na częściach płciowych, w jamie ust ani wrzodu, ani blizny, gruczoły w odnośnych miejscach niestwardniałe. Wcieraniami i jodkiem potasu w sześć tygodni wyleczony.

5) Balbina G., lat 14, rodzice nieznani. Bardzo mizerna i licho odżywiona, gdyby twarz nie za stara, wzrostem ledwo na lat 8 wygląda. Ma *ulcus perforatum palati mollis.* Części płciowe nietknięte nie zdradzają żadnego obrażenia czy świeżego, czy dawniejszego. Gruczoły w pachwinach normalnéj wielkości i konsystencyi. Po 3-miesięcznéj kuracyi antysyfilitycznéj zdrowa opuściła zakład.

6) Stanisław Z., słaby i wychudzony chłopiec, przysłany z prowincyi z powodu powierzchownych szerzących się owrzodzeń na obu podeszwach i na całym lewym policzku (*ulcera serpetiginosa*). Na częściach płciowych gruczołach nie ma śladu infekcyi. Dopiero po 6cio miesięcznéj kuracyi, kiedy, po zawodzie doznanym z użycia zwykłych środków, antyseptyczną kuracyję przeprowadzono, chory zupełnie wyzdrowiał.

7) Antoni M., lat 8, chudy i wątły. Przyjęty z powodu kłykcin przy otworze stolcowym. Gruczoły odnośne nieobrzękłe. Części płciowe nie okazują ani blizny, ani wrzodów, również usta i wargi. Po 10cio-tygodniowéj kuracyi, jak powyżéj, zdrowym opuścił zakład.

Z doświadczeń szpitalnych poprzestaję na przedstawieniu tych siedmiu przypadków. We wszystkich widzimy osoby słabe, wątłe, w rozwoju fizycznym zacofane, z objawami konstytucyjnéj kiły bez właściwego miejsca infekcyi. Przypadki te, jako i inne podobne uważać należy jako okazy kiły dziedzicznéj późnéj. Lecz przyznaję, że przypadki te, jeżeli je jako materyjał dowodowy użyć chcemy, mają niektóre wybitne niedostatki, a przedewszystkiém brak im bardzo ważnego momentu, t. j. anamnezy. Z praktyki prywatnéj mam z bieżącego roku przypadek następujący:

8) Małżeństwo R., są od przeszło ośmiu lat po ślubie. Mąż przeszedł dwa lata przed ślubem kiłę, a mianowicie owrzodzenie na członku, stwardnienie gruczołów i wrzody w gardle. Pierwsze dziecko z tego małżeństwa przyszło na świat w 8ym miesiącu ciąży nieżywe, tak samo drugie. Trzecie urodziło się żywe, lecz bardzo małe, wątłe i chude, zmarło po kilkunastu

dniach pokryte pęcherzykowatemi wyrzutami. Czwarty chłopiec urodził się dość silnym i rozwijał się dobrze. Dopiero po ukończonym czwartym roku życia spostrzegła matka, bystra i inteligentna kobieta, wyrostki ślimaczące się około otworu stolcowego. Przedstawiła mi go w dwa tygodnie po ich spostrzeżeniu. Były to szerokie kłykciny, które po kilkunastu sublimatowych kąpielach znikły, stan odżywienia ogólnego znacznie się poprawił. W bieżącym roku pani R. znów porodziła dziecko nieżywe w końcu ósmego miesiąca ciąży. Niestety do sekcyi ciałka mi nie przyniesiono. Przy rewizyi matka okazała się zdrową, ojciec twierdzi, że w czasie swego małżeństwa już żadnego śladu choroby na sobie nie spostrzegł, że się uważał i uważa za zupełnie zdrowego.

Dodaję, że w tym, jak i w wyżéj opisanych przypadkach, blizny od szczepienia ospy nie przedstawiały żadnéj anomalii i że ospa miała przebieg normalny.

Przypadek ostatni uważam za bardzo ważny: jest on dowodem, że kiła z ojca, w którym przechowuje się w stanie utajenia, przechodzi na płód w rozmaity sposób a mianowicie, że zdarza się, że dziecko takiego ojca, choć pozornie przez pierwsze lata dość zdrowe, chorobę tę w zarodku ma zaszczepioną i że zarodek ten w późniejszych dopiero latach, po skończonym czwartym roku, przyjść może do wybuchu. Chcieć tu np. w tym przypadku, nie uwzględniając anamnezy, przypuścić infekcyję dziecka czteroletniego przez trzecie osoby, znaczyłoby to według mnie z dowolności w skeptycyzmie robić zasadę.

A jednakże w całéj téj kwestyi dziedziczności kiły w ogóle a szczególniéj co do późniejszych wybuchów dziedzicznéj kiły najróżnorodniejsze i wręcz sobie przeciwne u najpoważniejszych autorów spotykamy opinije.

Nie chcąc zbytecznie się rozszerzać, wybiorę tylko kilku wybitniejszych autorów. Jako poważnego reprezentanta jednego kierunku wybiorę, Bärensprunga, mojego w swoim czasie nauczyciela syfilidologii i opierać się będę na jego książce: *Die hereditäre Syphilis*. Jak wiadomo Bärensprung podnosi i główny nacisk kładzie na to, że kiła ma tak jak inne choroby infekcyjne pewien typowy przebieg. Według niego ten przebieg doznaje zmian i zboczeń mniéj przez indywidualne różnice, jak raczéj tylko przez środki lecznicze niewłaściwe, a mianowicie preparaty rtęciowe. Tę typowość uznaną wreszcie powszechnie co do pierwszo- i drugorzędnych objawów rozszerza on i na wszelkie trzeciorzędne objawy, które przecież, jak doświadczenia każdego z nas pouczyły, w ramy jakiegoś jednolitego typowego obrazu uporządkować się nie dadzą, rozszerza on je i daléj jeszcze na kiłę dziedziczną. W koniecznem następstwie téj zasady przypuszcza, że kiła dziedziczna objawić się musi najpóźniéj w ciągu kilkunastu tygodni po urodzeniu. Ale idźmy za jego wywodem. Bärensprung po historycznym poglądzie począwszy od Paracelsa, który już kiłę dziedziczną znał, uważa za pewnik, że mianowicie przez ojca kiła przechodzi na płód. Odróżnia on pod tym względem cztery kategoryje przypadków.

1) Kiła ojca w chwili płodzenia jest jeszcze w stadyjum pierwszo- lub drugorzędném, natenczas zwykle matka a zawsze płód bywają zarażone. Niewątpliwém, i pod tym względem nie ma różnicy zdań, w takim razie jest, że następuje poronienie, zaraz w pierwszych lub dopiero w późniejszych miesiącach, płodu martwego. W wyjątkowych tylko przypadkach ciąża dochodzi do siódmego lub ósmego miesiąca i dziecko urodzić się może nawet żyjące ale do życia niezdolne, bardzo małe i chude i które zdradza już zewnętrzném wyglądaniem ciężką dyskrazyję.

2) Kiła ojca znajduje się w chwili płodzenia w stanie utajenia, t. j. objawy jéj choć po zarażeniu nie zbyt dawném skutkiem użycia lekarstw cofnęły się, a mimo to i matka i dziecko się zarażają. Jest to tak zwana *theorie du choc en retour*, t. j. zarażenie matki przez płód. U matki natenczas z pominięciem objawów piewszorzędnych spostrzega się tylko objawy drugorzędne, płód zaś sam odumiera przed dojrzeniem lub niedonoszony i niezdolny do życia przychodzi na świat.

3) Trzecią kategoryję zestawia Bärensprung z tych przypadków, w których kiła ojca przez przebieg kilku lat i przez energiczne kuracyje osłabiła się, a w których przecież mimo to jeszcze na płód przechodzi, pomijając zupełnie matkę. Bärensprung niechętnie tylko dopuszcza tę kategoryję, nie nadaje się bowiem bardzo do jego systemu. Zacytowawszy rozmaitych autorów za, zbiera z drugiej strony z wielką skwapliwością i przeciwne zdania.

4) Do czwartéj kategoryi ze względu na kiłę ojca zalicza B. te przypadki, w których kiła ojca znajduje się w stanie już długoletniego utajenia. Natenczas, twierdzi, dzieci mogą być zupełnie zdrowemi. Nie zaprzeczając bynajmniéj możliwości takiéj, którą częste obserwacyje zdają się stwierdzać, zadziwiły mnie jednakże mocno niektóre przypadki z kazuistyki Bärensprunga, mającéj służyć za dowód. I tak np. w jego przypadku 38 z dwojga dzieci takiego małżeństwa jeden chłopiec dostaje nagle w czwartym roku *strabismus*, drugi w trzecim roku induracyję gruczołów. Takie przypadki dowodzą raczéj wręcz czegoś przeciwnego i zaliczyć się raczéj dają do szeregu tych, które ja jako okazy późno występującéj kiły dziedzicznéj na wstępie podałem.

Również i ze strony matki przechodzi kiła ogólna na płód, chociażby już w częściach płciowych siedliska nie miała. Przypadki takie przecież są bardzo rzadkie. Przyczyna rzadkich tego rodzaju spostrzeżeń leży w tém, że kiłą ogólną dotknięte kobiety tracą zdolność poczęcia. Przy zarażeniu kobiety ciężarnéj dotąd zdrowéj, los dziecka zależy od okresu ciąży; jeżeli infekcyja nastąpiła pod sam koniec ciąży, dziecko przyjść może na świat normalnie rozwinięte i zdrowe.

Co do czasu wybuchu kiły dziedzicznéj twierdzi Bärensprung, że okazać się ona musi zaraz w pierwszych tygodniach życia najdaléj do piątego miesiąca, kiła występująca późniéj powstała albo przez akt porodu od choréj matki, przez ssanie, albo wreszcie przez szczepienie.

Zatrzymałem się przy książce Bärensprunga z rozmysłem tak długo: za jego zapatrywaniami co do czasu wybuchu dziedzicznéj kiły poszło i idzie dotąd jeszcze bardzo wielu autorów.

W ostatnich tygodniach doszła mnie praca prof. Casparego z Królewca, ogłoszona w numerze 31 *Deutsche medicinische Wochenschrift* „o kile dziedzicznéj późnéj.“ Autor stoi także jeszcze na podstawie zapatrywań Baerensprunga, zaczyna się przecież wahać, ma wątpliwości. Nie wie ostatecznie, jakie stanowisko zająć w téj kwestyi, którą do rozstrzygnięcia pozostawia doświadczeniom lekarzy familijnych. Ci téż, zdaniem mojém, najwięcéj są w możności zebrania materyjału dowodowego. Lekarze ordynujący w oddziałach dla chorych syfilitycznych wielkich szpitali mają wprawdzie obfity materyjał, lecz nie mają ciągłości obserwowania przez długie lata, które tu jest koniecznem.

Z autorów niemieckich, którzy co do kwestyi naszéj przeciwne ogłosili zapatrywania i istnienie późnych form kiły dziedzicznéj przypuścili, wymieniam Levina, Zeissla i Schwimmera. Ich publikacyj nie posiadam. Natomiast mam (*Vierteljrschift f. Syphilis u. Dermat.*) rozprawę prof. Laskiewicza z Charkowa w któréj opisuje dwa przypadki dziedzicznéj późnéj kiły; jeden chory liczył 22, drugi 14 lat. W żadnym z tych przypadków lokalnych zewnętrznych objawów nie było a sekcyja przecież wykazała i w wątrobie i śledzionie zmiany téj tylko chorobie właściwe.

W zeszycie z listopada rb. w *Journal de médécine* jest z Hôpital Saint Louis obszerniejsza publikacyja z wykładów prof. Fourniera *de la Syphilis héréditale tardive*. Fournier twierdzi, że kiła dziedziczna bynajmniéj wybuchów swych nie ogranicza do wieku niemowlęcego, jak wielu sądzi. Jako objawy późnéj kiły dziedzicznéj zaznacza: 1) wejrzenie ogólne, 2) rozwój wstrzymany *(infantilisme)*, 3) zniekształtnienia kości czaszki i nosa, 4) choroby kości, 5) blizny skóry lub błon śluzowych, 6) zapalenia tęczówki lub rogówki, 7) choroby słuchu, 8) choroby moszen, *sarcocele*, 9) zwyrodnienie zębów, nakoniec 10) wielką śmiertelność dzieci. Z tego szeregu symptomów najważniejszemi i najściślejszemi są odnoszące się do oka, ucha, zębów (*triade de Hutchinson*, jak je Fournier nazywa) i moszen. Mianowicie w oczach zachodzą zmiany specyficznéj doniosłości, tj. *Keratitis interstitialis* zwana, jak Fournier podaje, na zachodzie *Keratite hérédo-syphilitique de Hutchinson*. Choroba ta objawiać się ma u dzieci zarażonych dziedzicznie między 8 a 15 rokiem ustępuje jedynie środkom antysyfilitycznym. W ogóle Fournier kiłę dziedziczną późną w dwóch obrazach przypuszcza: albo pokazuje się pierwszy raz w dość późnym już wieku, albo objawiwszy się bardzo lekko w dziecięctwie, daleko późniéj znów po-

wraca. Np. dziecko w pierwszych miesiącach okazuje *plaques muqueuses* na języku, te ustępują, dziecko bywa pozornie zdrowe aż do roku 16go, tu występuje *sarcocele*, wreszcie po zatajeniu znów na lat 6 wychodzi na jaw jako gumiak w języku. W innych przypadkach przecież spostrzegał Fournier, że u potomków ojca kiłą dotkniętego, które od urodzenia począwszy przez długie lata na żądanie przestraszonych rodziców najpilniej były badane i ciągle pod opieką lekarską pozostawały, objawy dziedzicznéj kiły pokazywały się dopiero między 20 a 25 rokiem życia.

Z francuskich autorów także Ricord w opisanym przez siebie przypadku u dwóch braci po przeszło 40 latach rozpoznał pierwszy wybuch dziedzicznéj kiły.

Powyżéj starałem się Panom w krótkim szkicu przedstawić, jak w téj kwestyi zapatrywania najpoważniejszych badaczy diametralnie się rozchodzą. Moje własne doświadczenia są nie liczne, a choć badania nie mogę rozciągać na rodziców, którzy tylko dzieci szpitalowi dziecięcemu powierzają, sami zaś rewizyi odmawiają, i nie dość są kompletne, mimo to doświadczenia niektóre mają dla mnie przynajmniéj moc przekonywającą. Dowodzą one, że rzeczywiście kiła dziedziczna objawić się może późno, że ścisła granica wieku pociągnąć się nie da, że przecież po za pierwszym rokiem życia, na który 53% w mojém zestawieniu przypada, głównie między 4 a 8 rokiem na jaw występuje.

Prócz specyjalnego ma kwestyja nasza jeszcze ważne ogólne znaczenie i ustalenie faktu wybuchu dziedzicznéj kiły w późniejszych latach życia przyczynić się może do wyświecenia sprawy dziedziczności chorób i ich przeobrażeń w późniejszych pokoleniach."

Przy rozprawie nad tym przedmiotem podnosi kol. Kapuściński, że na odmienném stoi stanowisku od prelegenta, skłaniając się do zapatrywań Zeissla, który przypuszcza, że kiła późna wrodzona nie istnieje wcale, a przypadki za takie uważane powstają prawdopodobnie w skutek skaleczenia przy porodzie i obrzezaniu, pocałunkami nieostrożnemi itd.—Dr. Wicherkiewicz widuje w swéj praktyce dość częste przypadki zapaleń oka, zostające według utartych zapatrywań w zależnym stosunku do kiły wrodzonéj. Chodzi tu zazwyczaj o zapalenie tęczówki lub naczyniówki, a zwłaszcza miąższowe zapalenie rogówki, nadto ropiaste zapalenia worka łzowego i to u dzieci dotkniętych nie rzadko innemi objawami wtórorzędnemi lub trzeciorzędnemi kiły. Tak cierpienia oczne jakoteż inne objawy kiły ustępować dopiero zaczynają po użyciu środków swoistych. Czy jednakże przypadki te przemawiają za kiłą wrodzoną lub też dopiero po urodzeniu nabytą, o tém Wicherkiewicz rozstrzygać nie śmie, będąc w podobném położeniu jak to, na które się Fournier skarży, a mianowicie, że lekarz kliniczny nie może ze względu na zbyt krótki czas obserwacyi dostatecznego wyrobić sobie pod tym względem zdania.—W obec poprzednio przez kol. Kapuścińskiego zrobionéj uwagi co do ukrytych dróg, któremi jad kiłowy do ciała dziecka dostać się może, przypomina Wicherkiewicz jeszcze jednę okoliczność znaną, a tutaj pominiętą, ti. przeniesienie jadu kiłowego przez wszczepienie ospy. Przy niedopatrzeniu się téj przyczyny nie jeden przypadek mógłby uchodzić za kiłę wrodzoną, gdy jest po prostu świeżo wszczepioną.—Kol. Osowicki, odpowiadając na powyższe uwagi, zapewnia, że tylko tam przypuszcza spóźnioną kiłę, gdzie nie można odnaleźć miejsca pierwotnego zajęcia, ani też nabrzmiałych gruczołów.—Kol. Kapuściński zwraca jeszcze na to uwagę, że dziecko po urodzeniu mogło już mieć jakieś objawy kiłowe, które uszły zupełnie uwagi rodziców.—Dr. Wicherkiewicz godząc się na to z kol. Osowickim, że ważnym czynnikiem w rozpoznawaniu późnéj kiły wrodzonéj jest brak pierwotnego stwardnienia, nie przyznaje jednak równéj doniosłości pod tym względem brakowi nabrzmienia gruczołów limfatycznych. Gruczoły te bowiem często znacznie są przesiąknięte i nabrzmiałe tam, gdzie kiły nie ma, i to li tylko na podstawie zołzów (mogących się zresztą często z kiłą zetknąć) lub też innych wewnętrznych i zewnętrznych powodów, a z drugiéj strony tam, gdzie wyraźne wystąpiły objawy kiły, trudno przy znacznym pokładzie tłuszczowym skóry domacać się gruczołów, gdy te tylko nieznacznie są nabrzękłe. — Kol. Jarnatowski przytacza dla wykazania jak niewinne podrażnienie skóry może wywołać obrzmienie gruczołów limfatycznych w odległych nawet stronach ciała, przypadek, gdzie u dorosłéj panny badanie wykazało znaczne pryszczyki w okolicy części sromnych i naokoło odbytu. Podejrzenie, że w tym przypadku chodzi o zajęcie kiłowe, niebawem ustąpiło w obec wszelkiego braku innych objawów, a powstanie tych pryszczyków tłumaczył kol. Jarnatowski ostrém działaniem wydzieliny białego upławu, na który chora cierpiała. Pod wpływem łagodzącego leczenia znikły pryszczyki i wszelkie nabrzmienia gruczołów limfatycznych.

Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Wicherkiewicz.*

Sekcyja rzeszowska Tow. lek. gal.

Posiedzenie z dnia 1 marca 1884.

Obecnych członków 6.

1) Przewodniczący udzielił zebranym kolegom do wiadomości zaproszenie Wydziału gospodarczego IV Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich na Zjazd do Poznania.

2) Kol. Jabłoński demonstruje w szpitalu przypadek operowanéj przepukliny pachwinowéj prawéj u mężczyzny 56 lat liczącego. Przy zgłoszeniu się chorego przed 15 dniami do szpitala próbowano bezkrwawego odprowadzenia zwykłym uciskiem bez i z chloroformowaniem, oblewania lotnikiem, kąpielami. Gdy to nie sprowadziło żadnego skutku, a wzmagające się przypady nie pozwalały daléj oczekiwać, przystąpiono do operacyi w sposób zwykły, przyczém przypadkowo nacięto błonę surowiczą i mięsną uwięźniętéj kiszki w długości $1\frac{1}{2}$ cm. Z nim przystąpiono do odprowadzenia kiszki wypadłéj, operujący użył sposobu Rosera, iż część kiszki ponad uwięźnięciem w jamie brzusznéj będącą wyciągnął, przyczém pokazało się, że część kiszek poza pierścieniem pachwinowym wewn. w jamie brzusznéj będąca wypełnioną była wgłobioną kiszką wyższych partyj w długości 10—12 cm. i że części wgłobione (*invaginatio*) miały barwę żywo-czerwoną, połysku aksamitnego, jak gdyby błony surowicze już były wypociną pokryte. Po usunięciu wgłobienia odprowadzono do jamy brzusznéj wszystkie kiszki, ranę zaopatrzono przeciwgnilnie. Profilaktycznie postawiono choremu 20 pijawek na dolnéj okolicy brzucha i podano makowiec. Pierwszy stolec nastąpił w 2 godzin po operacyi, następny dopiero 3go dnia. Ciepłota najwyższa po operacyi w 3cim dniu wynosiła 38·2°C. Chory dziś, dnia 15 po operacyi, ma się zupełnie dobrze, rana dobrze brodawkuje. Worek przepuklinowy, poniżéj miejsca operowanego surowiczo obrzmiały, robi wrażenie trzeciego jądra. Opierając się na zdaniu, że wgłobienie (*invaginatio*) polega przeważnie na nierównym ruchu robaczkowym sąsiadujacych z sobą części kiszek, i że takowe wtedy powstać może, gdy części wyższe kiszek objawiają ruch robaczkowy żywszy lub prawidłowy, dolne zaś upośledzony lub nawet zniesiony, jak np. przy uwięźnięciu przepuklin, przypuszcza, że przypadki tych ostatnich muszą być dość często powikłane z równoczesném wgłobieniem wyższych części kiszek i że stosunkowo dość jeszcze znaczna śmiertelność przy operacyi uwięźniętych przepuklin z tego właśnie powodu pochodzić może, iż używając innéj niż metody Rosera odprowadzenia kiszek uwięźniętych do jamy brzusznéj przeocza się łatwo równoczesną komplikacyję wgłobienia kiszek, które potém wynik śmiertelny wywołuje.

3) Doktorand Drobner przedstawia chorego, przy którego operacyi asystował Drowi Jabłońskiemu. Chłopiec lat 16 mający przybył do szpitala z nowotworem (*fibrosarcoma*), który umiejscowiony poza uchem prawém, sięgał z przodu aż do treści gruczołu przyusznego, nie był otorbiony i ściśle z okostną części łuskowéj zrosłym. Chloroformowanie już po kilku wdechach wywołało sinicę, chorego ocucono, a operacyję odbyto bez chloroformu przy zupełnéj nieczułości operowanego. Ściany tętnicy szyjnéj częściowo odsłonić musiano. Po zeszyciu rany i zaprowadzeniu drenów założono opatrzenie przeciwgnilne.

Rotter, sekretarz. *Dr. J. Barzycki*, przewod. sekcyi rzeszowskiéj.

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 9—15 marca

umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 37,8. Z ospy umarło 10 (13 z. t.); z płonicy 2 (1 z. t.); z krztuśca 1 (0 z. t.); z duru brzusznego 2 (0 z. t.); z róży 1 (0 z. t.); z kiły 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 12 przypadkach ospy, 2 odry, 2 błonicy, 1 płonicy, 1 duru osutkowego, 1 duru brzusznego. W tygodniu od 2—8 marca umarło z ospy w Londynie 1, leczyło się w szpitalach 156, świeżo zapadło 34. W Petersburgu i St. Louis umarło po 1, w Liwerpolu, Warszawie, Wenecyi, Madrycie, Granadzie, Lizbonie po 2, w Paryżu i Murcyi po 3, w Wiedniu, Birminghamie, Brukseli po 4, w Maladze 6, w Nowym Orleanie 16, w Pradze 46, w Madrasie 114. Odra panuje nagminnie w Wiedniu, Paryżu, Petersburgu i Londynie. Z duru plamistego umarło w Palmie 1, w Maladze i Granadzie po 2, w Petersburgu 3, w Madrycie 4, w Murcyi 5. Cholera w miastach indyjskich straciła charakter nagminny. W Kalkucie umarło od 6—12 stycznia z cholery 5, w Bombayu od 30 stycznia do 5 lutego umarło 11.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 2—8 marca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 47,5; w Warszawie 29,5; w Poznaniu 21,8; w Wiedniu 30,7; w Budapeszcie 34,1: w Pradze 39,5; w Tryjeście 40,3; w Berlinie 23.0; we Wrocławiu 35,3; w Gdańsku 21,5; w Mnichowie 35,5; w Dreźnie 29,7; w Lipsku 25,0; w Bazylei 13,9; w Brukseli 27,0; w Amsterdamie 27,9; w Hadze 24,1; w Paryżu 26,5; w Londynie 21,3; w Kopenhadze 23,0; w Stokholmie 26,3; w Chrystyjanii 21,3; w Petersburgu 42,1; w Odesie 33,8; w Wenecyi 37,5; w Bukareszcie 36,4; w Madrycie 36,2; w Lizbonie 36,2; w Aleksandryi 33,8; w Filadelfii 21,3; w Bombayu 29,2; w Madrasie 62,9. *J. K.*

Śmiertelność we Lwowie (liczącym 115.544 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). Od 24 lutego do 1 marca r. b. zmarło 80 osób co odpowiada na rok i 1000 mieszkańców 36. W tym czasie zmarło 2 osób z dyfteryi, 1 z kokluszu.

Od dnia zaś 2 d 8 marca zmarło 69 osób co odpowiada na rok i 1000 m. 31·1. W tym czasie zmarło 2 osób z dyfteryi, 2 z dławca, 3 z kokluszu, a 2 z duru brzusznego.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 26 marca. Dowiadujemy się, że prof. Obaliński wykładać będzie w półroczu letniém chirurgiję dróg moczowych i że w oddziale swoim w szpitalu św. Łazarza przeznaczył osobne sale dla tego rodzaju chorych, w których zbiera materyjał obfity. Chętnie dzielimy się tą wiadomością z kolegami, którzy zapewne zechcą poprzeć starania szan. profesora i sympatycznego kolegi, mające na celu ułatwienie dla uczących się poznania tego ważnego działu chirurgii. Dotychczas zwyczajem było odsyłać takich chorych do specyjalistów wiedeńskich, pomiędzy którymi głównie zasłynął w swoim czasie Ivancsics. Odkąd ostatni praktykę porzucił i usunął się w zacisze domowe, nie ma nawet we Wiedniu głośniejszych chirurgów, téj dziedzinie wyłącznie lub przeważnie poświęcających się. Tém bardziéj byłoby rzeczą arcypożądaną, aby lekarze krajowi zwracali uwagę chorych, że w Krakowie pomoc skuteczną zyskać mogą, przez co przyczynią się do podniesienia się i u nas gałęzi specyjalnéj, dotychczas dla braku materjału odłogiem leżącéj. Zdolności i dobre chęci prof. Obalińskiego są dostateczną rękojmią, że gałąź ta zakwitnie u nas, z pożytkiem dla kraju i młodzieży uczącéj się, a tuszymy sobie, że koledzy zacnym staraniom pomocy nie odmówią.

* Prof. Domański, delegowany przez Radę miejską, wyjechał do Strasburga, razem z architektem Zarębą, celem bliższego obznajomienia się z wywózką nieczystości sposobem Talarda.

* Otrzymaliśmy sprawozdanie z posiedzenia dorocznego Towarzystwa lekarzy bukowińskich. Przewodniczący Dr. Załoziecki przedstawiwszy czynności Towarzystwa w ciągu ubiegłego roku 1883 wniósł, aby dotychczasowy członek korespondent prof. Mikulicz w Krakowie zaliczony został w poczet członków honorowych, a wniosek ten przyjęto przez aklamacyję. Towarzystwo liczy obecnie 53 członków zwyczajnych, 5 nadzwyczajnych, 31 honorowych i 12 korespondentów. Bardzo wielka część członków jest Polaków i Rusinów, a sprawozdania przecież bywają ogłaszane w języku niemieckim.

* **Wiedeń**. W Towarzystwie lekarskiém radca namiestn. Dr. Karajan uczynił wniosek, aby wracającéj z Indyj pod przewodnictwem Kocha niemieckiéj Komisyi cholerycznéj przygotować we Wiedniu uroczyste przyjęcie.

Referenci spraw lekarskich w Czechach i Styryi Drowie Pissling i Scherer przechodzą w stan spoczynku.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Prof. Toldt z Pragi mianowany został drugim zwyczajnym profesorem anatomii opisowéj we Wiedniu.—**Praga czeska.** Dr. Hlava przedstawiony został do nominacyi na prof. nadzw. anatomii patologicznéj —Docent prywatny balneologii w Wydziale niemieckim Dr. H. Kisch otrzymał tytuł prof. nadzw. — **Graz.** Prof. anatomii porównawczéj Schulze, powołany do Berlina, opuszczając Austryję, otrzymał uznanie cesarskie za zasługi położone w nauce i zawodzie nauczycielskim.

* **Mianowanie.** Sekundaryjuszem przy szpitalu powszechnym w Jaśle mianowany został Dr. Bronisław Chwistek.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. n. lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Henryk Bobkiewicz z Biecza, Szymon Maciéj Morawski z Kóz-Szulborza w Król. Polskiém, Tadeusz Józefczyk z Krakowa i Kazimierz Jacobi z Kęt.

* **Nekrologija.** D. 26 marca umarł w Krakowie Dr. Franciszek Danek, c. k. lekarz pułkowy, kawaler orderów Franciszka Józefa i francuskiéj legii honorowéj, operator i ordynujący w oddziale chirurgicznym tutejszego szpitala garnizonowego, członek Tow. lek. krak, przeżywszy lat 45. Od lat wielu schorzały przed kilku tygodniami zmuszony był zaniechać służby, przed samém usunięciem się atoli jeszcze przesłał nam ostatnią swoją rozprawkę, która ukazała się przed 2ma tygodniami w Nrze 11 Przegl. Lek. Urodzony w Wilamowicach w powiecie bialskim w Galicyi, kończył, o ile nam wiadomo, nauki lekarskie w Wiedniu, gdzie kształcił się na operatora. W r. 1871 wysłany został z pociągiem sanitarnym do Paryża po zdobyciu stolicy przez armiję francuską i za usługi oddane rannym odznaczony został przez Rząd rzeczypospolitéj krzyżem legii honorowéj. Ostatnie lata przepędził nieboszczyk prawie nieprzerwanie w Krakowie, gdzie używał wielkiego wzięcia nietylko pomiędzy wojskowymi, ale i w ludności cywilnéj. Na kilka zawodów mianowany był także egzaminatorem przy ścisłych egzaminach lekarskich. Skromny, uprzejmy, pracowity, chodził niestety jak cień pomiędzy żyjącymi, dręczony od lat wielu nieuleczną chorobą piersiową. Cześć pamięci zacnego, zdolnego lekarza!

D. 21 b. m. umarł w Wiedniu Dr. Ambroży Towarnicki, poseł do Rady państwa, licząc lat 48. Zmarły był wychowańcem Uniwersytetu Jagiell., w którym przed 20 przeszło laty uzyskał stopień Dra med.; był on przez lat wiele burmistrzem m. Rzeszowa, posłem na Sejm, a od r. 1879 reprezentował miasto Rzeszów i Jarosław w Radzie państwa.

W Mülhuzie w Alzacyi umarł temi dniami Dr. medycyny Władysław Alfred Szerlecki w 72 roku życia. Opuściwszy kraj w r. 1831 odbył nauki lekarskie w Fryburgu, gdzie uzyskawszy stopień doktora przeniósł się na praktykę do Mülhuzy. Był on wydawcą czasopisma: *Zeitschrift f. Therapie u. Pharmakodynamik*, którego 5 zeszytów wyszło w r. 1844 i 45 u Emmerlinga we Fryburgu, a w ostatnich jeszcze latach życia swego zapisał się jako członek wydawnictwa dzieł lek. polskich w Krakowie. Nieboszczyk używał powszechnéj czci w drugiéj swéj ojczyźnie i pozostawił wdowę i liczną rodzinę, a jeden z synów, Dr. Alfons Szerlecki, jest również lekarzem praktykującym w Mülhuzie. Na teraz poprzestajemy na tych datach w przypuszczeniu, że ktoś z rodziny lub przyjaciół dostarczy nam obszerniejszego życiorysu, który chętnie umieścimy, aby oddać hołd życiu uczciwemu i pracowitemu. O ile nam wiadomo ogłoszone zostały drukiem następujące prace ś. p. Dra Szerleckiego: *Tractatus de fractura colli ossis femoris, cui annexa est observatio rarissima de ossium mollitie. Friburgi 1834.* — *2. Dictionnaire abrégé de therapeutique* 2 t. w dużéj 8ce. *Paris. 1837.* — *3. Pract. Handwörterbuch der Heilungslehre oder Darstellung der Heilmethoden der berühmten pract. Aerzte Deutschlands, Frankreichs, Englands, Italiens und Americas. Nach der 2ten franz. ganz umgeänd. und bedeutend verm. Auflage frei bearb. vom Verf. des franz. Originals. Stuttgart. 1838—1841. 9 Abth.* — *4. Monographie über den Tabak, dessen Einwirkung auf den menschl. Organismus und Heilkräfte in verschiedenen krankhaften Zuständen. Eine*

in Paris mit einer goldenen Medaille gekrönte Preisschrift. Stuttgart. 1840.

W Warszawie umarł d. 14 bm. w 63 roku życia Dr. Antoni Lebiedziński, pomocnik Inspektora lek. gub. warszawskiéj, wychowaniec Uniwersytetu moskiewskiego. Ogłosił on 3 rozprawy w Pam. Tow. lek. warsz. (*Gazeta Lekarska*).

W Marburgu umarł prof. chemii Dr. Konstanty Zwenger, który głównie odznaczył się w chemii lekarsko farmaceutycznéj.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 13: Rothego: Paraldehyd, nowy środek nasenny i kojący; Sokołowskiego: Przyczynek do statystyki szpitalnéj. — W *Medycynie* Nr. 12: Rogowicza: Kilka słów o leczeniu ostréj niedokrwistości u rodzących (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. DANIŁŁO (w Petersburgu): O padyczei boliezni. (Wykład próbny miany w Akademii lek. wojskowéj celem otrzymania *veniae legendi*). (Osobne odbicie z „Wracza," 1884) in 8vo str. 24 z rycinami.

Dr. S. PERKOWSKI: Dobre skutki wydalenia (wyłyżeczkowania) szpiku, przy *osteomyelitis* kości długich, in 8vo str. 22.

Zpráva o zdravotních poměrech a činnosti městkého fysikátu v Praze za rok 1882. Napsal Městský fysik M. Dr. Pelc, w Praze 1883, in 8vo str. 105.

Piśmiennictwo lekarskie. DIEULAFOY G. Manuel de pathologie interne. Tome II. 2. partie. 18. Paris, G Masson. cart. Fr. 3.

DUEAU A. Des Formes cliniques de la tuberculose laryngée. gr. 8. Paris, Doin Fr. 4.

FALIN. De la spontanéité dans les virulentes et dans les épidemies, 8 Paris, J. B. Baillière et fils. Fr. $2^1/_2$.

FLECHSIG Paul. Plan d. menschl. Gehirns. Auf Grund eigener Untersuchgn. entworfen. Mit erläut. Text. gr. 8. Leipzig, Veit et Co. M. 2.

FLÜCKIGER F. A. Pharmacognosie d. Pflanzenreiches. 2 Aufl. 3. (Schluss-) Lfg. gr. 8, Berlin Gaertner. M. 9.—(cpl: M. 21.—)

ISENSCHMID. Weitere Skizzen aus der chirurgischen Klinik d. Geh.-R. v. Nussbaum. gr. 8. München, J. A. Finsterlin. M. 2.

KLEMM K. Die ärztliche Massage, ihre Wissenschaft, Technik u. praktische Anwendung. Mit Abbildgn. im Texte. gr. 8. Riga, Kymmel. M. 3.

KÜCHENMEISTER Frdr. Die angeborne, vollständige seitliche Verlagerung der Eingeweide d. Menschen. Mit 5 Fig. 1 uncolor. u. 2 color Taf. gr. 8. Leipzig, Barth. M. 9.

NEUMANN Isidor. Atlas der Hautkrankheiten 72 Taf. Mit beschreib. Texte. 2 Lfg. Fol. Wien, Braumüller. M. 10.

NOWAK Jos. Lehrbuch der Hygiene. Mit ca. 200 Abbildgn. 2. Aufl. gr. 8. Wien, Toeplitz et Deuticke. M. 20.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie **we Środę** d. 2 kwietnia o godz. 5 po południu w Sali Akademii Umiejętn. posiedzenie zwyczajne, na którém kol. Kohn okaże kilka nowszych narzędzi ginekologicznych i wyłoży swoje spostrzeżenia nad działaniem leczniczém nowszych leków w praktyce ginekologicznéj.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

SANTAŁ MIDY

Aptékarza pierwszéj klasy w Paryżu.

Olejek santałowy jest używany z powodzeniem zamiast balsamu kopajowego i kubeb.

Jest on nieszkodliwy nawet w wielkiéj dawce. — Użycie jego sprawia już po 48 godzinach, zupełne ulżenie, wypływ zamienia się na sérowate sączenie, bez względu na barwę i obfitość wydzielin.

Użycie jego nie sprawia ani niestrawności ani odbijania się ani rozwolnienia. Mocz nie przybiéra żadnéj woni.

SANTAŁ MIDY jest chemicznie czysty; wydaje się w kształcie kapsułek i zażywa się w ilości 10 do 12 kapsułek przez dzień, zmniejszając liczbę stopniowo w miarę zmniejszania się wydzielin.

Składy: Midy aptékarz w Paryżu 113 Faubourg Saint-Honoré w aptékach Redyka i Wiszniewskiego w Krakowie; we Lwowie w aptéce Piotra Mikolasza; w Warszawie u Spiessa i Synów, Gallego i u Mrozowskiego.

Syrop podfosforanu wapna

Grimaulta i Spółki Aptekarzy w Paryżu.

Najdoświadczeńsi lekarze i pisma lekarskie potwierdzają jednogłośnie znakomite skutki, jakie daje **Syrop**, w leczeniu słabości piersiowych, oskrzeli lub płuc, jak w katarach, suchotach, w duszności i w uporczywym kaszlu. Przez nieprzerwane użycie **Syropu podfosforanu wapna Grimaulta i Spółki**, kaszel uspokaja się, poty nocne znikają, trawienie u chorych polepsza się szybko, co potwierdza się wkrótce zwiększeniem wagi i polepszeniem wyglądu chorego.

Syrop ten zawiera w jednéj łyżce stołowéj 10 centigramów czystego podfosforanu wapna i zadaje się w ilości 1—2 łyżek rano i wieczór. Czystość podfosforanu wapna, będąc głównym warunkiem powodzenia, syrop przyrządzony przez Grimaulta i Spółkę jest zabarwiony słabo różowo, dla odróżnienia naśladowań.

Składy: 8 Rue Vivienne w Paryżu; w aptece Wiszniewskiego w Krakowie; we Lwowie w aptece Mikolasza; w Warszawie u Spiessa i Synów, u Gallego i Mrozowskiego.

RUDOLF THÜRRIEGL

Fabrykant chirurgicznych narzędzi

WIEDEŃ

Alservorstadt, Schwarzspanierstrasse Nr. 5.

poleca się ze wszystkiemi tego rodzaju należącemi artykułami wedle **najnowszéj** konstrukcyi.

Dokładne cenniki przesyła na żądanie **darmo**.



Syrop Dr Zed

KODEINA I BALSAM TOLUTAŃSKI

jest środkiem łagodzącym i uśmierzającym nieocenionym dla dzieci w wypadkach bezsenności, kokluszu, etc. przeciw kaszlom nerwowym osób cierpiących na suchoty, słabościom organów oddechowych, nieżytom, katarom, i. t. d.

Paryż, ulica Drouot, 22 i 19

W Lwowie w aptekach PP. K. Mikolascha, Ruckera, A. Sklepińskiego, Krzyżanowskiego, Naklika.

W Krakowie w aptekach PP. Trauczyńskiego, Redyka, Wiszniewskiego.

W Warszawie w aptekach PP. D. T. Heinricha, Barcza, Wendy i Wiorogórskiego w składach mat. aptecznych PP. Spiessa i Syna, Mrozowskiego, L. Zieminskiego, Cierzputowskiego, etc.

QUINA LAROCHE

Z ŻELAZEM

Zalecane młodym osobom dla osiągnięcia wzrostu i rozwoju ciała, nadaje krwi siłę i kuleczki czerwone, które stanowią jej piękność; wzmacnia żołądek, obudza apetyt, leczy osłabienie ogólne, bladaczkę, lymfatyzm, skraca czas powrotu do zdrowia, etc.

Paryż, 22, ulica Drouot

W Lwowie w aptekach PP. K. Mikolascha, Ruckera, A. Sklepińskiego, Krzyżanowskiego, Naklika.

W Krakowie w aptekach PP. Trauczyńskiego, Redyka, Wiszniewskiego.

W Warszawie w aptekach PP. D. T. Heinricha, Barcza, Wendy i Wiorogórskiego w składach mat. aptecznych PP. Spiessa i Syna, Mrozowskiego, L. Zieminskiego, Cierzputowskiego, etc.

WINA LECZNICZE

WYROBU

KAROLA MIKOLASCHA Aptekarza we Lwowie.

WINO CHINOWE HISZPAŃSKIE jest prawdziwym wyciągiem z trzech najcenniejszych gatunków kory chinowéj mianowicie: królewskiéj, brunatnéj i czerwonéj, tak samo jak i

WINO CHINOWO ŻELEZISTE HISZPAŃSKIE, które zawiera oprócz tego bardzo łatwo przez ustrój ludzki przyswajaną sól żelazistą.

WINO PEPSYNOWE HISZPAŃSKIE zawierające pepsynę Rostocką najlepszéj jakości rozpuszczają z łatwością fibrynę.

WINO PEPTONOWE HISZPAŃSKIE z peptonem przez Witte'go w Rostoku według metody prof. Dra Adamkiewicza wyrabianym i

WINO RZEWIENIOWE (rumbarbarowe) HISZPAŃSKIE, wyciąg winny z najlepszego chińskiego korzenia rzewieniowego,

Znajdują się na składach:

w **Krakowie** w aptekach: pp. Fort. Gralewskiego, Wiktora Redyka i Ernesta Stockmara;

we **Lwowie** w aptece pod Gwiazdą Piotra Mikolascha;

w **Czerniowcach** w aptece p. F. Krzyżanowskiego;

w **Wiedniu** na głównym składzie dla Austro-Węgier u p. Wilhelma Maagera Heumarkt Nr. 3, tudzież we wszystkich aptekach większych Austro Węgier.

Cena któregokolwiek wina leczniczego **1 złr. 50 ct.** za buteleczkę ¼ litrową.

Powyższe składy utrzymują też stary **Koniak** i stare wina **Malagę**, **Tokaj** i **Wino hiszpańskie dla rekonwalescentów** z piwnic **Karola Mikolascha** we Lwowie.

Świadectwa pierwszych powag na polu kliniki chorób wewnętrznych tak z Wiednia jakoteż ze Lwowa, Krakowa i Czerniowiec znajdują się w ręku K. Mikolascha.

Wystrzegać się licznych naśladowań i fałszerstw.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla

P zegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobne kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 5 kwietnia 1884. № 14. Rok XXIII.

I. O dzisiejszym stanie nauki o transfuzyi.

Wykład miany w Tow. lek. krak.
przez prof. Mikulicza.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 13).

Dalszego następstwa niedokrewności, tj. hydremii i oligocytemii dłuższy czas trwających, w ten sposób naturalnie nie uwzględnia się. Wprawdzie, jak już wspomniałem, odnowa ciałek czerwonych niebawem następuje, ale przecież z góry byłoby odpowiedniéj odrazu doprowadzić organizmowi utracone ciałka krwi, aby mu oszczędzić téj pracy. Musimy jednak, chcąc na to odpowiedzieć, zapytać się, jaką rolę krew przetoczona w ustroju odgrywa?

Tu trzeba dokładnie odróżnić, czy chodzi o transfuzyję krwi innego rodzaju czy takiéj saméj, czy o krew odwłóknioną lub nie.

Że krew innego rodzaju, a więc np. krew jagnięcia, przetoczona człowiekowi działa szkodliwie i przy większych ilościach śmierć sprowadzić może, już dawno wiedziano. Już podczas transfuzyi nieco znaczniejszéj ilości występują groźne objawy, mianowicie sinica, duszność, ból głowy, wymioty, mimowolne oddawanie stolca, szum w uszach, kurcze mięśni, późniéj moczenie krwawe. Czasem śmierć następowała wśród nagłego bezdechu. Z téj przyczyny jeszcze za czasów, kiedy kwitnęła transfuzyja krwi, wielu zupełnie porzucało przetaczanie krwi z innego gatunku. Z późniejszych doświadczeń wiemy, że u psa wlewanie 20% krwi jagnięcéj sprowadza śmierć, podczas gdy, jak już nadmieniłem, 100% i jeszcze więcéj krwi tego samego rodzaju nie wywołuje groźnych objawów. Już po wstrzyknięciu 10% krwi jagnięcéj występują u psa wyż wspomniane ciężkie objawy. Mocz krwawy pochodzi z bardzo znacznego wydalenia hemoglobinu, a według badań Ponficka występuje ta hemoglobinuryja już po wstrzyknięciu 1% krwi z innego rodzaju. Zjawiska te przedtém tłumaczono po prostu twierdząc, że przyczyna leży w rozmaitéj wielkości ciałek krwi różnych rodzajów zwierząt. Jeżeli się wstrzykuje krew z ciałkami za wielkiemi, zatrzymują się one w naczyniach włosowatych i przychodzi do zatoru naczyń tych w najrozmaitszych organach, a ztąd objawy zastoju, duszności i ztąd mocz krwawy. Ponieważ ciałka krwi jagnięcéj są mniejsze niż ludzkie, więc nie uważano ich za niebezpieczne dla człowieka. Gdy jednak z krwi jagnięcéj tylko względnie małe ilości nie działały szkodliwie, większe zaś wywoływały przytoczone już objawy, tłumaczono takowe powstaniem tak zwanéj pletory. Przypomnicie sobie Panowie, jaką rolę odgrywała pletora w dawniejszéj medycynie i dla tego wyobrażano sobie, że już małe przepełnienie układu naczyniowego sprowadza tak ciężkie objawy. Z tego powodu także w chorobach niepołączonych z utratą krwi stósowano wstępny upust krwi „depletoryczny.“ Wystarczy tu tylko przypomnieć Panom doświadczenia Worm-Müllera i Lessera, aby Was przekonać, że cała dawna nauka o pletorze była błędną. Tak samo i tłumaczenia wszystkich objawów występujących po wstrzyknięciu krwi z innego rodzaju nie były właściwe.

Wiemy dziś, że krew wstrzyknięta z innego rodzaju dla ustroju jest trucizną po prostu, że więc w przypadkach, gdzie wykonano naprzód depletoryczny upust krwi, nie pomogło się ciężko choremu, tylko mu się podwójnie zaszkodziło. Tłumaczenie tego trującego działania leży w fakcie udowodnionym przez Prévosta i Dumasa, a późniéj przez Landoisa, że ciałka krwi jednego rodzaju zwierząt rozpuszczają się w surowicy drugiego rodzaju; a mianowicie rzecz ma się tak, że jeżeli się miesza krew z dwóch rodzajów zwierząt, tylko ciałka krwi jednego rodzaju ulegają rozpuszczeniu, ciałka zaś drugiego rodzaju utrzymują się. Widoczna, że jedne ciałka krwi są bardziéj oporne, podczas gdy drugie giną. Jeżeli się więc krew z innego rodzaju wstrzyknie do naczyń zwierzęcia lub człowieka, to jedne ciałka krwi, a to albo obce albo pewna ilość własnych, giną i powstaje we krwi znaczniejsza ilość wolnego hemoglobinu

który, jak wiadomo, działa trująco i sprowadza objawy już opisane. Jeżeli ilość krwi wstrzykniętéj jest względnie mała, to może organizm wytworzonego hemoglobinu szybko się pozbyć i zwalczyć niebezpieczeństwo; jeżeli zaś jest za dużą, następuje śmierć.

Transfuzyję krwi z innego rodzaju dziś więc jako nie tylko niepotrzebny ale nawet niebezpieczny zabieg porzucono zupełnie. Jeżeli dawniéj ludzie przeżyli transfuzyję krwi jagnięcéj, to zawdzięczali to tylko małéj ilości krwi wstrzykniętéj, którą często tylko w ilości jednéj uncyi lub jeszcze mniejszéj przetaczano.—Ale i co do krwi z tego samego rodzaju wcale nie jest rzeczą dowiedzioną, że jest bezwzględnie nieszkodliwą a również jeszcze nie wykazano, czy i jaką przynosi korzyść temu, któremu się przetacza, krom czysto mechanicznego napełnienia naczyń, które można osiągnąć w sposób dla życia zbawienny także przez wstrzyknięcie roczczynu soli kuchennéj. Według zdania nowszych badaczy przynajmniéj krew z tego samego rodzaju w jakibądź sposób przetoczona nie ma działać korzystniéj aniżeli roczczyn soli kuchennéj, przynajmniéj w przypadkach ostréj niedokrewności; w pewnych zaś okolicznościach może się stać nawet niebezpieczną.

Zastanówmy się naprzód nad tém, czy i w jaki sposób przetoczona krew z tego samego rodzaju może zaszkodzić. Mamy tu dwie drogi: bezpośrednią transfuzyję z naczynia jednéj osoby do naczyń drugiéj i pośrednią za pomocą krwi przez upust uzyskanéj i następnie odwłóknionéj. Już wspomniałem, jakie trudności napotyka praktyczne wykonanie bezpośredniéj transfuzyi, tak że w najlepszym razie chyba tylko wyjątkowo będziemy mogli tę operacyję wykonać, jeżeli chodzi o przetoczenie z tętnicy dającego krew. Wprawdzie Aveling i inni, a w najnowszych czasach Roussel w Paryżu, podali bardzo zgrabne przyrządy dla bezpośredniéj transfuzyi z żyły do żyły; są one jednak skomplikowane, ilość krwi przetoczonéj trudno daje się oznaczyć, a nadto zawsze należy się obawiać, żeby w przyrządzie nie powstały skrzepy, któreby mogły przejść do żyły. Mimo to jednak transfuzyja bezpośrednia, gdyby ją łatwo i pewnie można wykonać, byłaby metodą najlepszą, przypuściwszy że krew przetoczona zasługuje na pierwszeństwo przed roczczynem soli kuchennéj, czego, jak późniéj wykażemy, i dziś w pewnych przypadkach nie możemy zaprzeczyć.

Rzeczywiście wykonalną metodą była niemal zawsze metoda za pomocą krwi odwłóknionéj. O krwi odwłóknionéj wiedziano już od dawna także, że wstrzyknięta w znacznéj ilości wśród pewnych okoliczności sprowadza pewne zaburzenia, które jednak i tu odnoszono do powstania pletory. Badania Schmidta i Köhlera rzucają światło na okoliczności, wśród których i po wstrzyknięciu odwłóknionéj krwi z tego samego rodzaju powstają ciężkie zaburzenia. W krwi odwłóknionéj znajduje się bowiem wolna istota włóknikotwórcza i zaczyn włóknikowy. Jeżeli te istoty dostaną się do krwi krążącéj, wywołują także tu mniéj lub więcéj rozległe krzepnięcie. Doniosłość wywołanych w ten sposób zaburzeń zależy od ilości tych istot we krwi wstrzykniętéj i od ilości krwi. Ilość tych istot zależy od sposobu odwłóknienia; jeżeli się krwi pozwoli skrzepnąć wolno a potém wygniecie się skrzep krwi, to otrzymuje się bardzo wiele fermentu włóknikowego wolnego, a krew w ten sposób odwłókniona działa jak najbardziéj trująco; występują objawy podobne do objawów ostréj *sepsis*, które Köhler nazwał otruciem zaczynowém (*Fermentintoxication*). Słusznie Bergmann powołuje się na te fakty, które mają niezawodnie pewne znaczenie dla całéj kwestyi transfuzyi krwi. Krew odwłókniona przez bicie względnie jest ubogą w zaczyn włóknikowy i w miarę tego krew w ten sposób przygotowana, jak się to zresztą w transfuzyi zawsze robi, stosunkowo nie jest niebezpieczną.

Chociaż ani śród doświadczeń na zwierzętach ani na człowieku po wstrzyknięciu w ten sposób odwłóknionéj krwi nie powstają wcale rozległe skrzepy, i choć Panum potrafił u psa prawie całą ilość krwi zastąpić przez krew odwłóknioną innego psa, to przecież nie wolno wcale nie uwzględniać znaczenia zaczynu włóknikowego i we krwi odwłóknionéj przez bicie. W każdym razie dalsze badania muszą tę kwestyję ważną dla transfuzyi rozstrzygnąć stanowczo.

Zapytajmy się więc, czy i jaką korzyść przetoczona krew świeża lub odwłókniona przynosi dla ustroju? O téj kwestyi traktuje dokładnie bardzo ciekawa praca Otta z pracowni patologicznéj w Lipsku, ogłoszona w zeszłym roku. Pozwólcie przeto Panowie, że Wam podam pokrótce treść téj pracy.

Ott badał naprzód zachowanie się krwi u psów odjąwszy im znaczną ilość, a mianowicie między $^1/_2$ a $^2/_3$ całéj ilości krwi i zastąpiwszy tę ilość obojętnym 6% roczczynem soli kuchennéj. Powtarzał więc przytoczone już doświadczenie Kroneckera i Sandera. Naturalnie zaraz po tym zabiegu powstało odpowiednie rozcieńczenie krwi, t. j. sztuczna hydremija i oligocytemija. Już pierwéj o tém była mowa, że organizm może utraconą ilość krwi w ciągu kilku tygodni na nowo wytworzyć. To samo pokazało się w doświadczeniach Otta po transfuzyi solnéj. Na podstawie dokładnych badań prób krwi branéj w regularnych odstępach czasu przekonał się, że ilość organicznych składników krwi między 26 a 51 dniem była znów prawidłowa, a więc hydremija zupełnie ustąpiła [1]). Podobnie miała się rzecz z nowowytworzeniem się czerwonych ciałek krwi; pomiędzy 16—47 dniem po infuzyi według dokładnych obliczeń ilość tych ciałek równała się znów pierwotnéj. Zajmującą jest ta okoliczność, że ten odstęp czasu nie różni się znacznie od tego czasu, którego potrzebuje organizm, żeby po znaczniejszéj utracie krwi bez transfuzyi roczczynu soli kuchennéj odtworzyć stracone ciałka krwi. Hünerfauth twierdzi, że ten czas wynosi 14—22, Lyon zaś, że 19—35 dni. Ciekawym daléj jest ten szczegół, że zarówno bez wlania soli jak i po témże oligocytemija wywołana przez krwotok jeszcze przez kilka dni, a mianowicie przez 4—9 dni zwiększa się i dopiero od téj chwili się zmniejsza. Pod tym względem krew zachowuje się więc jednako po krwotokach bez względu, czy się wlało soli kuchennéj lub nic. Po wlaniu soli kuchennéj uważamy jednak często, że po osiągnięciu prawidłowéj ilości ciałek krwi ilość tychże jeszcze się daléj zwiększa, a mianowicie w jedném z doświadczeń Otta o 57% prawidłowéj ilości.

Widzicie więc Panowie, że wszystkie te szczegóły same przez się przemawiają na korzyść infuzyi roczczynu soli kuchennéj, gdyż ona nietylko chwilowe obniżenie parcia krwi usuwa, ale i późniejszéj odnowy krwi zdaje się nietylko nie utrudnia, może nawet ją popiera.

Dalszy szereg doświadczeń wykonał Ott za pomocą surowicy krwi końskiéj. Doprowadziły one do wyniku, że stopień hydremii, utrata ilości ciałek krwi i czas potrzebny do zastąpienia powstałych ubytków są zupełnie jednakie,

[1]) Doświadczenia te wykonano na 13 psach.

jeżeli się krew utraconą zastąpi surowicą krwi albo 6% rozczynem soli kuchennéj.

W podobny sposób przetaczał Ott krew odwłóknioną z tego samego rodzaju, w jednym przypadku nawet krew odwłóknioną tego samego zwierzęcia, a wreszcie i nie od włóknioną krew wprost z jednego zwierzęcia do naczyń drugiego, upuściwszy zawsze przedtém równą ilość krwi. Wynik we wszystkich przypadkach był ten, że i tu powstała hydremija i oligocytemija, któréj stopień był tém wyższy, im większą ilość dawniejszéj krwi zastąpiono krwią przetoczoną, więc nawet po transfuzyi własnéj krwi zwierzęcia odwłóknionéj. Stopień rozcieńczenia krwi jednak był w całości mniejszy niż po wstrzykiwaniu rozczynu soli kuchennéj lub surowicy, choć w poszczególnych przypadkach liczba ciałek krwi była tak małą, jak i po wlaniu rozczynu soli kuchennéj. Najwyższy stopień hydremii daleko późniéj rozwijał się po infuzyi krwi. Natomiast we wszystkich przypadkach trwała ona daleko dłużéj, tak, że organizm potrzebował mniéj więcéj dwa razy tyle czasu, aby się ocknąć z hydremii i oligocytemii po przetoczeniu krwi, co po wlaniu rozczynu soli. Ott wnosi ze swych doświadczeń, że krew przetoczona nie utrzymuje się w ustroju, lecz że zarówno ciałka krwi i organiczne składniki surowicy bywają zupełnie wydalane i że *restitutio ad integrum* następuje przez odnowę ze strony ustroju, tylko że krew przetoczona ma na tę odnowę działać hamująco.

Po prostém wlaniu soli kuchennéj całkowita odnowa krwi dwa razy prędzéj nastaje niż po transfuzyi krwi, lecz po przetoczeniu krwi nie dosięga największa hydremija i oligocytemija tego stopnia co po wlaniu rozczynu soli kuchennéj. (Dok. nast.)

II. Kilka uwag o przyczynach położeń płodu.

Podał **Franciszek Rubinstein**,

zarządzający przytułkiem położniczym Nr. 5. w Warszawie, b. lek. miejsc. Maryjskiego Domu Położniczego w Petersburgu.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 13).

Lecz nietylko wychodząc z zasady przez Brokę ustanowionéj zaliczyliśmy główkę tą do typu długogłowych, ale także wniosek ten opiera się na porównaniu wymiarów główki naszego przypadku z wymiarami główek zrodzonych w położeniu twarzowém a użytych przez Heckera [1]) dla dowiedzenia swéj tezy. Hecker bowiem podaje wymiary 13 płodów, pośród nich trzech chłopców i dwóch dziewcząt, długością swą 51 cm. podobnych do płodu zrodzonego w przypadku przez nas opisanym. W czterech przypadkach Heckera obwód główki (poziomy) był większy, a w jednym mniejszym, niż w naszym przypadku, zatém główka dziecka naszego była wogóle mniejszą, niż główki przypadków Heckera, odpowiednio temu wymiary prosty i poprzeczny powinny być w naszym przypadku mniejsze, niż odpowiednie wymiary przez Heckera podane; gdy tymczasem wymiar prosty główek Heckera w jednym przypadku był równy, dwa razy większy i dwa razy mniejszy, a zatém w ogóle główka nasza, jeśli nie była dłuższą, to również długą, jak główki, dla których Hecker windykuje miano długich; wymiar zaś poprzeczny główki naszéj był mniejszym, niż odpowiedni wymiar główek przez Heckera opisanych i téj okoliczności przypisujemy, że obwód naszéj główki był mniéjszy od obwodu główek Heckera. Tak więc główka płodu zrodzonego w naszym przypadku była choć mniéjszą, lecz za to dłuższą od główek przez Heckera opisanych, a gdy on zalicza te główki do typu długogłowych, témbardziéj i my mamy prawo główkę naszą do tego typu zaliczyć.

Tak więc przypadek nasz dostatecznie przekonywa, że długogłowość płodu nie jest wyłączną właściwością położeń twarzowych. Czyż więc w obec tego pogląd Heckera zasługuje na uznanie? Pozostawiwszy na uboczu dowody jego i możność uczynienia im zarzutów przypuśćmy, że długogłowość rzeczywiście wywołuje położenia twarzowe, w takim więc razie inne formy główek powinny być przyczyną innych położeń płodu, czyli innemi słowy: forma główki płodu powinna być jednym z momentów wpływających na powstanie położenia płodu. Czy tak jest? Na to pytanie pomimo naszych poszukiwań w literaturze odpowiedzi nie znaleźliśmy, w skutek tego przystąpiliśmy sami do rozwiązania tego pytania, korzystając z danych statystycznych, jakie zebraliśmy podczas naszych zajęć w Maryjskim domu porodowym w Petersburgu, a przeznaczonych dla wydać się mającego sprawozdania. Niestety dla powodów niezależnych od nas sprawozdania zakończyć nie mogliśmy i nie zdołaliśmy wykonać w całości wszystkich wyciągów i dla tego powstała różnica w tablicach niżéj podać się mających.

W celach porównawczych rozgrupowałem posiadany materyał podług położeń i ztąd powstała:

Tablica I.

Położeń czaszkowych było	3447	co się równa	93,21%
„ twarzowych i czołowych „	6	„ „	0,16%
„ pośladkowych z nożkowemi „	196	„ „	5,30%
„ poprzecznych i ukośnych	49	„ „	1,32%
	3698		100%

Porównywając tę tablicę z rezultatami otrzymanemi przez innych autorów, dla przykładu wzięliśmy dane Spiegelberga, zaczerpnięte z kliniki jego, Schwörera [1]) obliczenia dla ludności całego okręgu nadreńskiego w W. ks. Badeńskiem z 93,871 porodami, tablicę Dépaula [2]) z kliniki paryskiéj z 16,034 porodami i Hugenbergera [3]) w Petersburgu z 8106 porodami,

Tablica II.

	Spiegelberg	Schwörer	Dépaul	Hugenberg	Nasza
Położenia czaszkowe	95	97·3	94·29	93·45	93·21
„ „ twarzowe	0·5	0·3	0·58	0·51	0·16
„ „ pośladkowe	3	1·59	3·94	5·08	5·30
„ „ poprzeczne	0·8	0·78	1·18	0·95	1·32
	100	100	100	100	100

widzimy, że dane nasze różnią się od danych innych autorów, które także między sobą się różnią najbardziéj zaś

[1]) Hecker. Über die Schädelform bei Gesichtslagen. Berlin 1870 pag. 25 i 32.

[1]) Spiegelberg. Lehrbuch d. Geburtsk. 1878 pag. 148.

[2]) Dépaul. Leçons de clinique obstetricale 1874 pag. 468, 500, 519 i 549.

[3]) Hugenberger. Otczot S. Petersburskago Powiwalnawo Instituta za 15 letje z 1845 po 1859 god. S. Petersburg 1863 (po rusku) pag. 13.

nasza tablica ma podobieństwo do tablicy Hugenbergera, gdyż różnice są nieznaczne, i nie dziwnego, gdyż materyał Hugenbergera i mój miał źródło z téj saméj ludności. Wobec różnicy między danemi otrzymanemi w Petersburgu (tablica Hugenbergera i moja), w Szląsku (Spiegelberga), w Badenskiém (Schwörera), w Francyi (Dépaula) musimy przyznać pewien wpływ warunków etnograficznych na powstanie położeń płodu.

Posiadając wymiary główek 2434 dzieci wyrachowaliśmy dla nich mianowniki główkowe i stosownie do wielkości ich rozklasyfikowaliśmy te dzieci podług grup Broki, każdą zaś taką grupę znów rozklasyfikowaliśmy podług położeń płodu i tak powstała:

Tablica III.

	Długogłowe	Półdługogłowe	Średniogłowe	Półkrótkogłowe	Krótkogłowe	Suma
Położenia czaszkowe	677	214	376	833	147	2247
„ „ twarzowe	1		1	1		3
„ „ pośladkowe	25	10	30	49	32	146
„ „ poprzeczne	8	4	4	15	7	38
	711	228	411	898	186	2434

która zamieniona na procenty wydaje:

Tablicę IV.

	Długogłowe	Półdługogłowe	Średniogłowe	Półkrótkogłowe	Krótkogłowe	Suma
Położenia czaszkowe	27·81	8·79	15·45	34·82	6·04	92·31
„ „ twarzowe	0·04		0·04	0·04		0·12
„ „ pośladkowe	1·03	0·41	1·23	2·01	1·31	5.99
„ „ poprzeczne	0·33	0·16	0·16	0·62	0·29	1·56
	29·21	9·36	16·88	36·89	7·64	100

albo zamieniwszy powyższą tablicę na taką, w któréj liczba ogólna każdéj kategoryi główki równa się stu, to powstanie:

Tablica V.

	Długogłowe	Półdługogłowe	Średniogłowe	Półkrótkogłowe	Krótkogłowe	Summa
Położenia czaszkowe	95·22	93·86	91·48	92·76	79·03	92·31
„ „ twarzowe	0·14		0·24	0·11		0·12
„ „ pośladkowe	3·51	4·47	7·30	5·47	17·20	5·99
„ „ poprzeczne	1·12	1·75	0·97	1·66	3·76	1·26
Ogół	100	100	100	100	100	100

Rozpatrywanie się w tych trzech tablicach okazuje, że nie wszystkie formy główek liczebnie jednakowo są przedstawione i pod względem ilości nie przedstawiają pewnego prawidłowego stopniowania. Najmniéj bowiem w naszym rozporządzalnym materyjale znajduje się krótkogłowych rzeczywistych, gdyż tylko 186, czyli 7·64 krótkogłowych urodziło się pośród 100 dzieci, a znów pólkrótkogłowe są najliczniéj reprezentowane, bo 898 czyli 36·89 na 100. Pośrednie między niemi miejsce zajmują półdługogłowe (228=9·36%), średniogłowe (411=16·88%), długogłowe (711=29 21%). Ta nieprawidłowość stopniowania różnych typów główek może posłużyć za dowód, że dzieci zrodzone w Petersburgu nie należą pod względem formy główki do pewnego typu. Lecz z zdaniem tém w zupełności zgodzić się nie możemy, gdyż rozklasyfikowawszy nasz materyjał nie na 5 drobniejszych kategoryj, ale na 3 większe grupy, tj. na krótkogłowe, średniogłowe i długogłowe, otrzymamy, że pierwszych było 1084, drugich 411 a trzecich 939, a więc typ krótkogłowych przewyższał (o 145 na 2434 czyli o 5·96 na 100) ilość długogłowych; w takim więc razie przyjdziemy do wniosku, że dzieci zrodzone w Petersburgu należą przeważnie do typu krótkogłowych.

Dalsze nasze rozpatrywanie również odnosić się będzie do podziału główek pod względem formy do trzech, a nie pięciu grup, i dla tego tablicę III przedstawi:

Tablica VI.

	Długogłowe	Średniogłowe	Krótkogłowe	Ogół
Położenia czaszkowe	891	376	980	2247
„ „ twarzowe	1	1	1	3
„ „ pośladkowe	35	30	81	146
„ „ poprzeczne	12	4	22	38
Razem	939	411	1084	2434

która zredukowana w stosunku sta dzieci dla każdego położenia da:

Tablicę VII.

	Długogłowe	Średniogłowe	Krótkogłowe	Ogół
Położenia czaszkowe	39·65	16·73	43·61	100
„ „ twarzowe	33·33	33·33	33 33	100
„ „ pośladkowe	23·98	20·56	55·43	100
„ „ poprzeczne	31·58	10 52	56·31	100
Razem	38 57	16·88	44·53	100

albo w stosunku sta dzieci dla każdéj formy główki:

Tablicę VIII.

	Długogłowe	Średniogłowe	Krótkogłowe	Ogół
Położenia czaszkowe	94·88	91·48	90·40	92·31
„ „ twarzowe	0·11	0·24	0·09	0·12
„ „ pośladkowe	3·72	7·30	7·47	5·99
„ „ poprzeczne	1·28	0·97	2·03	1·56
	100	100	100	100

Tablice te wykazują, że w każdém położeniu rodzą się dzieci o rozmaitym typie główki, tak iż o wyłącznym wpływie formy główki na powstanie położenia płodu mowy być nie może. Widzimy jednak, że dzieci zrodzone w pewném położeniu przedstawiają znaczną rozmaitość pod względem ilościowego rozdziału poszczególnych typów główek. I tak już widać z tablicy 7méj, że gdy z ogólnéj liczby dzieci na 100 przypada 38,57 długogłowych, to na sto dzieci zrodzonych w położeniu czaszkowém było tychże 39,65; różnica jest wprawdzie nie-

znaczna, bo tylko 1 na 100 wynosząca, jednak dowodzi ona, że na ogólną procentową cyfrę długogłowych przeważny wpływ wywiera znaczna ilość tych długogłowych, zrodzonych w położeniu czaszkowém. W téj saméj tablicy widzimy, że liczba krótkogłowych dzieci zrodzonych w położeniu czaszkowém 43,61 na 100 przewyższa liczbę długogłowych, lecz już powyżéj wykazaliśmy, że przeważniejsza liczba dzieci petersburskich należy do typu krótkogłowych i tém objaśnia się przewaga krótkogłowych nad długogłowemi i w położeniu czaszkowém; gdy atoli pośród ogólnéj liczby dzieci było 44,53 krótkogłowych, to pośród dzieci zrodzonych w położeniu czaszkowém liczba ta wynosiła 43,61, a zatém o 1 procent mniej. Liczba średniogłowych z ogólnéj ilości dzieci jak i z ogólnéj liczby dzieci zrodzonych w położeniu czaszkowém była jednakową, gdyż wynosiła 16,73 i 16,88 na sto. Tak więc średniogłowość pozostaje bez wpływu, długogłowość ułatwia, a krótkogłowość utrudnia powstanie położenia czaszkowego. Ten sam wniosek znajduje usprawiedliwienie swe i w danych tablicy 8éj; gdy bowiem z ogólnéj liczby urodziło się w położeniu czaszkowém 92,31, na sto urodziła się prawie jednakowa liczba średniogłowych 91,48 dzieci w tém położeniu, liczba zaś krótkogłowych była mniejszą, bo 90,4 a długogłowych większą, bo 94,88.

Odnośnie do położenia twarzowego widzimy z tablicy 7, że wszystkie rodzaje główek jednakowo są reprezentowane, lecz cyfry procentowe tegoż położenia różnią się dla każdego typu główki od cyfr dla wszystkich dzieci, gdyż są one mniejsze dla krótko- i długo-głowych a większe dla średniogłowych, jak to znajdujemy i w tablicy 8méj. Na zasadzie naszych danych zmuszeni więc jesteśmy odrzucić powszechnie znany pogląd Heckera i przyznać przeważniejszy wpływ średniogłowości na powstanie położeń twarzowych, przyczém inne typy główek czynią możebne powstanie tego położenia.

Pośród dzieci zrodzonych w położeniu pośladkowém widzimy, że liczba krótkogłowych 55,43 na 100 (tabl. 7) przewyższa znacznie liczbę ogólną krótkogłowych 44,53 na 100, jak i liczby zrodzonych w tém położeniu długogłowych i średniogłowych; ilość tych ostatnich 20,56 na 100 przewyższa ilość ogólną średniogłowych 16,88, ilość zaś długogłowych zrodzonych w położeniu pośladkowém 23,98 jest mniejszą od ogólnéj liczby długogłowych 38,57.—Daty przytoczone w tablicy 8 to samo wykazują, mianowicie gdy ze ze stu dzieci urodziło się 5,99 w położeniu pośladkowém, to w tém położeniu urodziło się ze sta średniogłowych 7,30, a sta krótkogłowych 7,47, natomiast z podobnéj liczby długogłowych tylko 3,72. To pozwala nam wnosić, że długogłowość utrudnia a krótkogłowość i średniogłowość ułatwiają powstanie położeń pośladkowych. (Dok. n.)

III. Kazuistyka lekarska w Turcyi.

Zebrał Dr. W. Jabłonowski.

VIII. Choroby skórne.

Na szczególną uwagę w kazuistyce lekarskiéj Wschodu tureckiego zasługują choroby skórne, które po cierpieniach wewnętrznych odgrywają tu niepoślednią rolę. Od nich bowiem zwykła się rozpoczynać najczęściéj praktyka każdego z tutejszych lekarzy, i one wprowadzając nas na obszerne pole działania, bywają owym obronnym puklerzem, którym wzmocnieni możemy zdobyć sobie dobrą opiniję, poprzedzającą powodzenie materyjalne lub też pierwszym niezręcznie zrobionym krokiem stworzyć sobie trudności nie łatwo dające się usunąć. Czém bowiem gdzieindziéj dobrze a głównie prędko wyleczona rzeżączka wpływa nieraz na przyszłość młodego lekarza, tém tutaj są choroby skórne, które leczone z dobrym skutkiem, wyrobiły już nie jednemu prawdziwie brylantową sytuacyję. Zależeć to zdaje się od nadzwyczajnéj częstości tych stanów chorobowych, nieraz oryginalnych a tak licznych i tak rozmaitych, jak rozmaitym jest skład ludności miejscowéj. Jeżeli zaś jest prawdą, że pewne cierpienia skóry mają wyłączne upodobanie nagabywania pewnych osób tylko, to nigdzie fakt ten nie znajduje tak uderzającego potwierdzenia jak właśnie tutaj. Cierpienia te bowiem spotykane np. pośród Arabów beduinów i Arabów osiadłych po wsiach są nieco odmienne od tych, jakie spotykamy u mieszkańców miast anatolijskich, pośród pokoleń Kurdów, Ormijan z okolic Wanu, Lazów z po nad wybrzeży morza Czarnego, lub pośród najrozmaitszych klas rękodzielników osiadłych po większych miastach Turcyi europejskiéj. O ile mogłem się przekonać, wpływają bardzo na tę rozmaitość pewne zwyczaje właściwe téj lub owéj narodowości a zdaje się także, że i budowa warstw skórnych z bardziéj rozwiniętym systemem gruczołów potnych, przeważającą ilością barwika lub stanem zgrubienia naskórka, którym szczycą się wyłącznie Arabowie beduini z pokolenia „Dilem,“ osiadłego wzdłuż południowych wybrzeży Eufratu. Niemniéj także zdaje się być pewném, że rozmaitość cierpień skórnych zależy tu od zbytecznego pielęgnowania skóry i barwienia jéj środkami drażniącemi, jakto zwykły czynić kobiety greckie, Turczynki i Arabki chrześcijanki. Daléj nakłówanie skóry iglicami i następne wprowadzanie barwika zarobionego z indychtem, wapnem lub kurkumą dla utrwalenia kwiecistych wzorów na rozmaitych okolicach ciała, prócz wywołania stanów zapalnych, staje się nieraz powodem powstania niebezpiecznéj zgorzeli. Wreszcie pomijanie pospolitych środków higienicznych w utrzymaniu czystości powlok skórnych, jest jedną z licznych przyczyn sprzyjających rozwojowi stanów chorobowych. Dzisiejsze bowiem trefienie skóry w niczém nie da się porównać do tych wyszukanych sposobów, w jakie obfitowały buduary starożytnych greczynek, jakie były w użyciu u pięknych mieszkanek Chaldei, sławnych w przeszłości z wyrobu wybornych kosmetyków, które nawet były poszukiwane przez haremy Kalifów i sułtanów perskich. Wprawdzie jeszcze dotąd Arabija i Indyje dostarczają, również jak w starożytności, najrozmaitszych balsamów, olei i aromatów, lecz sposoby ich przerobu na właściwe kosmetyki, straciły wiele na swéj wartości i zastósowanie ich jest dzisiaj dość ograniczoném, higijena skóry tutejszych mieszkańców bardzo wiele pozostawia do życzenia. Arab np. tylko poranną rosą zwykł zwilżać swe czoło, podczas gdy ogólne powłoki skóry noszą na sobie ślady kurzu i pyłu, dzięki zmięszaniu się z wydzieliną potu, przeobrażonych w prawdziwą nieoznaczonego koloru powłokę. Okryty tylko swym płaszczem, zwanym „Betya,“ wyrobionym z szerści wielbłądziéj, nie uważa za konieczne obmycie dawno zalegających warstw kurzu, bo szorstka tkanina wystarcza tak do téj czynności, jak również i do złagodzenia uczucia przykrego swędzenia. Muzulmanie zaś, tak Turcy jak i Kurdzi i w ogóle mieszkańcy Anatolii, wierni przepisom prawodawcy, myją się pięć razy na dzień. Te jednak ich obmywania, będąc czystą tylko formą religijną, polegają

na powierzchowném zaledwie zwilżaniu rąk, ciemienia i nóg, podczas gdy stosowne, choćby tylko jednorazowe, obmycie twarzy zwykle pomijają. Nie należy jednak zarzucać muzułmanom, mianowicie Turkom, niedbałości o czystość ustroju. Pomijanie bowiem zwykłego codziennego mycia się zastępują co tydzień wycieczką do kąpieli i bań publicznych, upowszechnionych tu t. zw. „Hamamów.“ Te ostatnie dzielą się na cztery kategoryje: domowe najwygodniejsze i oczywiście najlepiéj utrzymane i banie publiczne, dla zamożnych, dostatnich i biednych. W pierwszych (dla zamożnych) czystość i porządek bywają wzorowe, woda zawsze miękka, wystarcza do najobfitszych obmywań; bieliznę odwiedzający przynosi z sobą. „Hamamy“ drugiéj kategoryi są również dobrze utrzymane, tylko większa tu panuje skromność. Tutaj odwiedzający otrzymuje bieliznę zakładową czystą na pozór, lecz po użyciu nieupraną, a tylko suszoną na wyłącznie do tego urządzonych piecach. Wreszcie trzecia kategoryja pozostawia bardzo wiele do życzenia tak pod względem czystości jak i jakości bielizny. Odwiedzane przez klasę ubogą, gromadnie tu się zbierającą, zakłady te są punktem, gdzie się udają nie tylko osoby potrzebujące obmyć się, ale także indywidua dotknięte pasorzytowemi cierpieniami skóry, okryte wrzodami, ranami itp. Ztąd też te publiczne kąpiele bywają prawdziwém źródłem, gdzie z łatwością można nabyć téj lub owéj choroby skórnéj. Ludność jednak miejscowa mało na to zwraca uwagi. Osoba dotknięta cierpieniem skóry, nigdy nie uwierzy, że mogła ją nabyć w kąpieli. Podąża więc tam znowu i w ten sposób przyczynia się do prawdziwie zdumiewającego szerzenia się chorób skórnych. Pośród chrześcijan, mianowicie między klasą rękodzielniczą, również choć rzadziéj od muzułmanów odwiedzających kąpiele, higijena skóry pozostaje w największém zaniedbaniu. Sprzyja to bardzo szerzeniu się cierpień skóry i ich uporczywość w obec środków leczniczych zmusza często do zużycia całego arsenału środków, nieraz do prawdziwéj przyprowadza rozpaczy, nie tylko chorego ale i lekarza, tak że w rzędzie przyczyn wywołujących cierpienia skórne „Hamamy“ wschodnie nieposlednią odgrywają rolę. Często też bywa się tu zakłopotanym w wyszukaniu przyczyny powstania takiego np. cierpienia, jak świerzbu i to mianowicie u dam tureckich z klasy zamożniejszéj, u których higijena skóry choć po wschodniemu, ale zawsze bywa przestrzeganą. Damy te udają się do „Hamamu“ całemi gromadami. Bielizna ich związana w węzełki powierza się czarnéj niewolnicy, która rozkładając ją do następnego użycia, często miesza z prześcieradłami danemi przez zakład. Tutaj więc przyczyną pośrednią w udzielaniu się chorób pasorzytowych skóry bywa zwykle służąca, najczęściéj murzynka, która najniewinniéj przy ocieraniu swéj pani udziela jéj chorobę, o któréj istnieniu sama najczęściéj nie wie. I jeżeli dobrze urządzone tutejsze zakłady kąpielowe są istotnym środkiem higijenicznym dla miejscowéj ludności, to przeciwnie też same zakłady dla pospólstwa winny zwrócić na siebie uwagę władz kompetentnych i uledz radykalnemu przeobrażeniu.

Nie tylko jednak za pośrednictwem bielizny następuje udzielanie się chorób pasorzytowych w „Hamamach,“ ale sam zwyczaj obmywania się w ogólnych basenach, rzadko kiedy czyszczonych, z wodą odmienianą tylko co parę dni, bywa także jedną z przyczyn sprzyjających ich nabyciu. Pod tym względem za szczęśliwych można uważać mieszkańców wybrzeży morza Czarnego, mianowicie Lazów, którzy zrodzeni i wychowani nad wodą od dziecięctwa są do niéj przyzwyczajeni i kąpią się też często i z zamiłowaniem. Dla nich więc publiczne zakłady kąpielowe żadnego nie mają znaczenia. A jeżeli je spotykamy i po miasteczkach wybrzeżnych, to są one odwiedzane tylko przez kobiety, dla których kąpiel w morzu lub rzece jest wzbronioną zakonem. To też zdaje się być i jednym z powodów, dla czego pośród ludności męskiéj Lazów rzadko spotykamy cierpienia natury pasorzytowéj, podczas gdy pośród ich kobiet choroby te grasują z widoczną siłą.

To co powiedziałem o „Hamamach“ wschodnich, da się w części zastósować i do łazienek przy moście w Stambule, urządzanych na morzu w porze letniéj i odwiedzanych bez różnicy przez wszystkie klasy ludności. Łazienki podobne, sklejone wbrew wszelkim zasadom budownictwa, zaopatrzone w najgorszą bieliznę, będąc zbiegowiskiem wszystkiego, co szuka łatwego i taniego sposobu obmycia się, nie tylko że są ogniskiem pielęgnującém pasorzyty, ale nadto z powodu nieodpowiedniego urządzenia narażają na przeziębienie się i patologiczne jego następstwa.

O ile zaś strój wschodni obszerny i wygodny sprzyja bardzo łatwemu przewiewowi powłok skórnych, o tyle znowu ciężkie okrycie głowy, jest przyczyną stale wywołującą choroby skórne téj okolicy i wpływającą bardzo na ich trwałość i uporczywość. Wprawdzie prawowierny muzułmanin anatolijski zwykle każe sobie golić głowę i pielęgnując tylko po swojemu brodę, pozbywa się najpiękniejszéj ozdoby ciała. Zwyczaj ten jednak wypada nazwać higijenicznym i odpowiednim dla wszystkich warstw muzułmańskiéj ludności, jak już wiemy, mało dbającéj o utrzymanie czystości skóry. I podczas gdy starsi kryją ogoloną głowę pod patryjarchalnym czerwonym „f e z e m ,“ okręcanym perskim szalem lub długim turbanem, młodsi ograniczają się do noszenia „feza,“ najniestósowniejszego ze wszystkich okryć głowy. Wełniana ta czapeczka ściśle przylegająca do głowy, zdejmowana bardzo rzadko, powstrzymując wszelki przewiew skórny, podnosi stopień ciepłoty, wywołuje obfitą wydzielinę gruczołów skórnych, która nieusunięta a przynajmniéj niezmniejszona przez stósowne obmycie, sprzyja nagromadzeniu się warstw łupieży, wypadaniu włosów i tak tu pospolitym łysinom, a u osób jeszcze bardziéj niedbałych, mianowicie u żołnierzy, jest przyczyną wywołującą strupień lub uporczywy parch tutejszy. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

R. Burkart: **O chroniczném zatruciu morfinem i leczeniu jego.**

Pod tym tytułem ogłosił autor pracę traktującą o przyczynie objawów zatrucia morfinem i o sposobach leczenia tego cierpienia. Autor rozróżnia dwa objawy cechujące morfinicę. Pierwszym jest przyzwyczajenie się chorego do alkaloidu, tak że do wywołania tego samego skutku, który osiągano dawniéj małą dawką, potrzebuje chory już takich dawek znacznych, które dla osób nieprzyzwyczajonych są zabójczemi. Drugim, jeszcze może ważniejszym, objawem są znaczne zaburzenia występujące po nagłém zaprzestaniu tego leku, które autor nazywa objawami inanicyi morfinowéj. Ilość morfinu potrzebna do wywołania objawów chronicznego zatrucia jest bardzo rozmaitą w miarę indywidualności chorego; u jednego już małe dawki po krótkim czasie wywołują groźne objawy, podczas gdy u drugiego te same objawy

występują dopiero po daleko dłuższym czasie i po znacznie większych dawkach. Najmniejsza ilość, która stosowana przez długi bardzo czas wywołała objawy zatrucia, wynosiła 0·002 *Morph. mur.* na dzień, największa zaś znana dawka 3·5 dziennie. Średnio objawy zatrucia występowały już po półroczném stosowaniu alkaloidu.

Ze względu na rozwój zatrucia chronicznego bardzo ważne są objawy występujące bezpośrednio po pierwszém zastosowaniu morfinu. U niektórych chorych bowiem po wstrzyknięciu odpowiedniéj dawki nie tylko osiąga się skutek zamierzony, t. j. bóle ustają, ale potém nastaje stan błogich marzeń, śród którego chory czuje się wolnym od wszelkich trosk i przykrości. Taki chory, zwłaszcza gdy kilka razy doświadczy błogiego tego uczucia, późniéj wstrzykuje sobie stale morfin dla tego tylko, żeby znów doznać tych samych uczuć, przenieść się w tę samą sferę miłych i słodkich marzeń. Drugi rodzaj chorych po pierwszém zastosowaniu morfinu doznaje silnych nudności, bólu głowy i odnóg. Wprawdzie w miarę coraz częstszego używania morfinu objawy te przykre stają się coraz znośniejszemi, zawsze jednak tacy chorzy nie tak łatwo ulegają temu nałogowi.

Działanie morfinu objawia się we wszystkich prawie organach; najpierw jednak cierpi zazwyczaj narząd krążenia. To téż przy sekcyjach morfinistów stale spostrzegano przekrwienie zastoinowe płuc, rzadziéj już nerek, wątroby, przewodu pokarmowego i układu nerwowego. Po bardzo długiém trwaniu zatrucia przychodzi do zmian głębszych zapalnych i degeneracyjnych w organach wewnętrznych i u takich chorych najczęściéj zupełne wyleczenie już z tego powodu jest niemożliwém, że natychmiast po zaprzestaniu morfinu powstają albo nagle gwałtowne objawy, albo częściéj jeszcze powolny zapad sił i śmierć po kilku tygodniach. U tych ostatnich chorych można częstokroć osiągnąć znaczne polepszenie stanu ogólnego przez ponowne podawanie znaczniejszych dawek morfinu.

Sposób działania morfinu na poszczególne przyrządy do dziś dnia nie jest jeszcze dokładnie znanym, a nawet i tego z pewnością nie wiemy, czy alkaloid ten opuszcza organizm jako taki, czy też w formie zmienionéj. Co do téj kwestyi rozmaici badacze rozmaite głosili zdania: jedni twierdzili, że morfin w moczu znajduje się w stanie zupełnie niezmienionym, inni go tam wcale nie mogli wykazać; wszyscy jednak godzili się na to, że po użyciu znaczniejszych dawek bywa wydalaną część morfinu przez przewód pokarmowy. Burkart na podstawie swych doświadczeń twierdzi, że w moczu morfinistów znajdują się chyba tylko ślady morfinu i że ten bywa wydalany z ustroju nie jako wolna sól, ale jako połączenie z materyjami organicznemi. W moczu morfinistów nie mógł bowiem B., mimo najdokładniejszych prób, wykazać morfinu. Z tegoż samego jednak moczu otrzymywał on ciało, które wstrzyknięte zwierzętom pod skórę, wywoływało objawy zatrucia morfinowego, choć nader słabe. Temu twierdzeniu Burkarta sprzeciwił się w ostatnich czasach Marmé twierdząc, że część morfinu zawsze bez jakiéjkolwiek zmiany z ustroju się wydala a tylko część pozostaje w organizmie jako oksydomorfin. Kwestyja ta jest więc do dziś dnia nierozstrzygniętą; dla lekarza praktycznego wypływa ztąd wniosek, że brak morfinu w moczu nie może dla niego być dowodem, że chory już morfinu nie używa.

Leczenie tego cierpienia może jedynie mieć na celu odzwyczajanie chorego od tego środka. Jeżeli się choremu nagle odbierze morfin, to następują najczęściéj nader gwałtowne zaburzenia, już w parę godzin po ostatniém wstrzyknięciu. Zaburzenia te po 2—3ch dniach dochodzą swego punktu kulminacyjnego, a ustępują zupełnie dopiero po 10 do 16 dniach. W pierwszych dniach rozwijają się dość często zaburzenia psychiczne, zwidywania, niepokój, smutek, oprócz tego drgawki, zboczenia w wszystkich prawie zmysłach, w przewodzie pokarmowym i w narządzie oddechania. Najbardziéj groźne są jednak zboczenia w narządzie krążenia, mianowicie znaczne bardzo osłabienie czynności serca prowadzące do zapadu, a czasem nawet i do śmierci. Dzisiejszy zasób naszéj wiedzy nie pozwala nam na tłumaczenie tych objawów. Marmé wprawdzie twierdził na podstawie swych doświadczeń na zwierzętach, że to są następstwa zatrucia oksydomorfinem. Jeżeli bowiem wstrzyknął zwierzętom rozczyn chlorku oksydomorfinu pod skórę, występowały objawy podobne do objawów, jakie występują u morfinistów po nagłém odebraniu morfinu. Objawy te ustępowały natychmiast po zastosowaniu morfinu. Na podstawie tego doświadczenia twierdził Marmé, że ciągły dowóz morfinu powstrzymuje powstanie tego połączenia, ale jeżeli się przestanie doprowadzać do organizmu morfin, oksydomorfin może się wytworzyć. W każdym razie jestto tylko przypuszczenie bardzo śmiałe, któremu czynić można liczne zarzuty. (Dok. nast.)

Dr. C. Reinhard: **O t. zw. odruchu podżebrowym.**
(Hypochondrienreflex).

Nieznany dotąd odruch wywołać można według R. wciskając nagle powłoki brzuszne; pod łuk żebrowy w linii sutkowéj lub pomiędzy nią a liniją pachową przodkową. Autor radzi w tym celu ułożyć obie ręce przy sobie i gdy dłonie są skierowane ku górze, przesunąć szybko końcami palców w kierunku od przodu i dołu ku górze i ku tyłowi. Jako odruch powstaje szybkie zgięcie kadłuba ku przodowi i ku stronie zadrażnionéj i mniéj lub więcéj wyraźny kurczowy wdech; badający czuje w téj chwili energiczny skurcz powłok brzusznych, tak, że palce zostają gwałtownie odepchnięte, w szczególności wyczuć można często odruchowe obniżenie się przepony. W powstaniu tego odruchu biorą udział mięśnie brzucha i przepona, czasem nawet mięśnie grzbietowe i lędźwiowy. Odruch ten nie sprawia uczucia bólu ani też łechtania. Swojém szybkiém powstawaniem różni się ten odruch od odruchów skórnych powłok brzusznych, które można wywołać przesuwając lekko palcem jako ruch falisty. Odruch ten utrzymuje się we śnie i przez ubranie można go również wywołać, jak niemniéj wtedy, gdy odruchów skórnych brak. Zaliczyć go należy do odruchów ścięgnistych, względnie mięśniowych; u ludzi zdrowych znajduje on się stale. Ważném jest spostrzeżenie, że odruchu tego nie można wywołać w pewnym stopniu rozwoju wiądu rdzenia pacierzowego, co obok innych jego własności przemawia na korzyść zastósowania go z czasem w semiotyce. *(Ctbl. f. Nervenheilk.* Nr. 6, 1884). *Dr. Schaitter.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie.

I Posiedzenie zwyczajne naukowe Sekcyi lwowskiéj w dniu 8 marca 1884 r.
Przewodniczący kol. Widmann, późniéj Seifman.
Członków obecnych 26.

Protokółu z posiedzenia administracyjnego odbytego w dniu 16 lutego b. r. nie odczytano z powodu nieobecności zeszłorocznego sekretarza naukowego.

Wynik wyborów Zarządu Sekcyi lwowskiéj na rok 1884 jest następujący: przewodniczący Dr. Widmann, zastępca przewodniczącego: Dr. Seifmann; sekretarz administracyjny: Dr. Merunowicz; sekretarz naukowy: Dr. Jurkiewicz: gospodarz: Littich; podskarbi Dr. Madejski; kontrolor Dr. Pawlikowski. Delegaci na Walne Zgromadzenie: Dr. Schattauer, Dr. Strojnowski. Dr. Ziembicki. Zastępcy delegatów: Dr. Majewski i Dr. Merczyński.

1) Kol. przewodniczący zagajając posiedzenie dziękuje Zgromadzonym za ponowny wybór, następnie wnosi, aby ustępującemu Wydziałowi podziękować przez powstanie, co téż zebrani uczynili. W dalszym ciągu zakreśla plan naukowy posiedzeń zachęcając kolegów do licznego brania udziału w odczytach, przedstawianiach chorych itd. kładąc nacisk, aby koledzy o ile możności z różnych działów medycyny przedstawiali prace celem rozbudzenia największego interesu.

2) Kol. Sielski przedstawia chorą, u któréj z powodu *Prolapsus vaginae completus et descensus uteri* wykonał *kolporrhaphiam anteriorem* i Kolpoperineoplastykę metodą Hegara z pomyślnym skutkiem. Chorą jednakże przedstawia dla tego, że u niéj obie wargi mniejsze sromne przedstawiają w środku dwa symetryczne, owalne otwory. Zwraca uwagę na podobny przypadek opisany przez Heitzmanna w *W. med. Presse* z r. b. Przypadek przedstawiany przez kol. Sielskiego byłby trzecim znanym w literaturze. Chora utrzymuje stanowczo, że otwory te powstały podczas porodu, dodatniego jednak nic podać nie umie, w skutek czego twierdzenie jéj nie zasługuje na wiarę. Kol. Sielski demonstruje, że od każdego otworu ku górze ku *praeputium clitoridis* aż do końca wargi mniejszéj znajdują się dwa wąziutkie paski jakby blizny, które pozwalają wprawdzie przypuszczać, że powstały przy rozdarciu warg mniejszych, jestto jednak przypuszczenie tylko, którego wytłumaczyć nie potrafi.

Kol. Bylicki: Otwory takie znane są u kobiet ludów Afryki południowéj, które przebijają sobie wargi mniejsze, zawieszając na nich ciężarki. Uważają to jako ozdobę. Lecz tam jest sztucznie wywołany taki otwór, w tym przypadku nie umie sobie powstania tychże wytłumaczyć, wykluczając możliwe, lecz nieprawdopodobne, powstanie podczas porodu prawidłowego, jaki u choréj miał miejsce, témbardziéj, że wargi mniejsze nie ulegają przy przerzynaniu się główki przez srom niewieści uciskowi od kości. — Kol. Ziembicki: Przypadek podobny przedstawiał na posiedzeniu Tow. lekarskiego w Paryżu. Guziczki brodawkowate zajmowały nietylko wargi mniejsze ale i łechtaczkę. Guziczki te ulegały owrzodzeniu a zabliźniając się dawały podobne otwory, jednak niesymetryczne, jak w tym przypadku. Charcot nie umiał tłumaczyć przyczyny, czy i w tym przypadku etyjologija nie jest analogiczną, trudno z wywiadów wywnioskować. — Kol. Strojnowski zauważa, czy nie jest taż sama przyczyna, która i w błonie dziewiczéj sprawia rozliczne i różne otwory, odnosi powstanie do życia płodowego. — Kol. Sielski dodaje, że Klob usiłował tłumaczyć powstanie takich otworów atawizmem.

3) Kol. Barącz przedstawił: 1. chorego, u którego z powodu rozległego raka dolnéj wargi robił cheiloplastykę metodą Blasiusa; 2. Chorą ze złamaniem zewnętrznego końca obojczyka, zastosował w tym przypadku przyrząd plastrowy Seyra, lecz tylko 2 plastry z płótna żaglowego z wynikiem pomyślnym; 3. złamanie rzepki leczone przez założenie *testudo genu inversa*; 4. w krótkości opisuje przyrząd Hütera do leczenia złamań rzepki.

Kol. Schattauer zaleca sposób leczenia złamań rzepki metodą Listera i opisuje w krótkości ten sposób, który w przeciągu trzech tygodni ulecza, podczas gdy przy użyciu klamer Malgaigna zrosty bywają często tylko ścięgniste i koaptacyja odłamków nie ma miejsca. — Kol. Ziembicki: W ostatnich czasach są dwa obozy, jeden za metodą Listera, drugi przeciw. Anglicy i Niemcy natychmiast zeszywają odłamki szwem kostnym. Francuzi przeciwnie, czekają, twierdząc, że źle jest zamieniać to złamanie w bliskości stawu w otwarte, bo i życie chorego a w pomyślnych przypadkach najczęściéj funkcyja odnogi, bywają na niebezpieczeństwo narażone. Kilkakrotnie już szew zawiódł i nie poprawił funkcyi. Rozsądniéj zatém starać się o zbliżenie odłamków za pomocą klamry Malgaigna lub opaski plastrowéj Huetera, która w ostatnim przypadku dała świetny rezultat. Dobrze także krew wybroczoną do stawu usunąć przez punkcyję lub aspiracyję, szew rzepki tylko wtedy wypada przedsięwziąć, gdyby po kilku miesiącach chory z powodu bardzo złéj funkcyi stał się formalnie kaleką. Operacyja zaraz po uszkodzeniu jest mniéj racyjonalną i znacznie niebezpieczniejszą.

4) Kol. Feigel przedstawił prątki gruźlicze Kocha pod mikroskopem. Na podstawie badania 41 przypadków ze szpitala, w niektórych badane były plwociny po kilkakroć, można twierdzić, że rozróżnienie jest możebne. W jednym przypadku, pomimo kilkakrotnego badania, nie wykazano prątków; objawy kliniczne były zgodne z objawami suchot płucnych. Chora umarła a sekcyja wykazała: *Atrophia pulmonum*; *Bronchitis purulenta*; *Bronchiectasia fusiformis*. Tenże *b)* przedstawił Saccharimeter Ultzmanna i objaśnił skład i sposób użycia tego przyrządu.

5) Kol. Ziembicki przedstawia kobietę, u któréj przed pięciu tygodniami wykonał owaryjotomiję. Torbiel nie miał szypułki i głęboko wrastał między blaszki więzadła szerokiego. Po wyłuszczeniu blaszki podwiązano jedwabiem i przypalono przyrządem Paquelina. W dalszym przebiegu objawy lekkiego zap. otrzewny, ciepłota najwyższa 38° i wzdęcie uporczywe aż do 7go dnia. Kilkanaście punkcyj igłą i aspiracyja gazów flaszką Potaina. Operowana wstała na początku czwartego tygodnia. Brak szypułki i trudność sztucznego jéj wytworzenia w tym przypadku komplikował znacznie rękoczyn i rokowanie. Jeszcze dziś Péan, Schröder, Hegar i Kaltenbach radzą wszycia torbiela do brzegów rany, jeśli oddzielenie całego tumoru nie da się przeprowadzić bez uszkodzenia moczowodów, kiszek lub wszelkich naczyń przebiegających w miednicy.

6) Kol. Merczyński mówił: O dyfteryi. Z powodu spóźnionéj pory odłożono dalszy ciąg do następnego posiedzenia.

Dr. Jurkiewicz.
sekretarz.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

V Posiedzenie zwyczajne Tow. lek. krak z dnia 20 marca 1884 r.
Przewodniczący kol. Kwaśnicki. Członków obecnych 28.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i bez zmian przyjęto. Jako dodatek do swego ostatniego odczytu przedstawia kol. Kopernicki przyrząd otrzymany w darze od p. Rogozińskiego w postaci lejka, którego murzyni używają, aby sprowadzić wypróżnienie kiszki stolcowéj. Lejek ten wprowadzony wprost do odbytnicy (przy ułożeniu chorego głową na dół) nalewa się wodą, przez co spełnia on zadanie zastosowanego dopiero w nowszych czasach lejka Hegara.

2) Przewodniczący zawiadamia, iż do Towarzystwa nadesłano: *a)* trzy rozprawy Henryka Pacanowskiego, asystenta kliniki terapeutycznéj szpitala św. Ducha w Warszawie; *b)* Sprawozdanie Tow. lek. bukowińskiego i *c)* Differenční slovník lékařský česko polský a polsko-český, sestavil docent Dr. K. Chodounský, w 50 egzemplarzach. Kol. Rydel wnosi, aby doc. Drowi Chodounskiemu złożyć pisemne podziękowanie za dar ten i za podjęcie pracy tak pożytecznéj równie dla polskiego jak i czeskiego narodu. Wniosek ten jednomyślnie przyjęto.

3) Kol. Rydel przedstawił dwie chore z przewlekłą jaglicą i łuszczką na obu oczach, leczone w klinice okulistycznéj za pomocą namoku jequirity. U jednéj z nich, przedstawionéj już na posiedzeniu w dniu 21 listopada 1883 w pełni rozwoju zapalenia jequirytycznego na oku prawém, zastosowano w dniu 5 i 6 grudnia 2% namok na oku lewém, skutkiem czego powstało właściwe, choć mniéj silne zapalenie aniżeli na oku prawém, gdzie użyto namoku 3%. Do 13 stycznia b. r. wyjaśniły się rogówki o tyle, iż V podniosła się na oku prawém z palców na 1·0 na palce na 3·0; na oku lewém z palców na 1·5 na 3·0. W dniu tym i następnym zastosowano na drugi zawód kilkakrotnie 2% namok zimny na oba oczy i wywołano znów zapalenie właściwe, choć słabsze niż za pierwszym razem, a to samo nastąpiło po trzeciém kilkakrotném zastosowaniu jequirity w dniu 9 lutego. Mimo trzechkrotnego w różnych odstępach czasu zastosowania jequirity, obecnie po upływie czterech miesięcy od początku leczenia chora liczy okiem prawém palce tylko na 2·0, okiem lewém na 3·0, obie rogówki okazują łuszczkę suchą z skąpemi naczyniami, spojówki powiek górnych są zgrubiałe, okazują dość

znaczny przerost brodaweczek i ziarna jaglicowe, choć w mniejszéj niż pierwotnie ilości; spojówki powiek dolnych okazują ten sam stan w niższym stopniu a nadto rozległe choć powierzchowne zbliznowacenie w załamku i mierne skrócenie.

Drugą chorą przyjęto w dniu 8ym stycznia b. r. z przewlekłą jaglicą i łuszczką na obu oczach. Spojówki były zasiane dość licznemi ziarnami jaglicowemi, ich brodaweczki miernie przerosłe. Całą rogówkę lewą pokrywała gruba łuszczka, bogata w naczynia tak, iż chora liczyła tém okiem palce tylko na 0·50; na rogówce oka prawego łuszczka była znacznie cieńszą, chora liczyła niém palce na 3·0. W dniu 10 i 11 stycznia spłukiwano spojówkę kilkakrotnie 2% namokiem i wywołano średniego stopnia właściwe zapalenie z miernie grubemi błonami. Do 9 lutego wyjaśniły się rogówki tak, iż chora liczyła palce okiem lewém na 1·25, okiem prawém na 3·75. W dniu tym i następnym zastosowano powtórnie 2% zimny namok na oba oczy. Obecnie chora liczy palce okiem lewém na 4·0 trudno, prawém na 6·0 biegle. Obie rogówki są miernie zaćmione, okazują skąpe naczynia, zmiany te są znaczniejsze na oku lewém niż prawém. Stan spojówek obu oczu tak co do ilości ziarn jaglicowych, jak i co do przerostu brodaweczek znacznie lepszy, ale mimo 10-tygodniowego leczenia daleki jeszcze od prawidłowego.

O ile z tych dwóch spostrzeżeń, zgodnych zresztą z doświadczeniami innych okulistów, wnosić można, namok jequirity działa korzystnie na łuszczkę i ziarna jaglicowe, ale nie zdoła wyleczyć jaglicy doszczętnie i wyrugować dotychczasowego leczenia za pomocą azotanu srebrowego i siarkanu miedziowego. Cokolwiekbądź jednak uważać można jequirity za pożyteczny nabytek, mogący zastąpić korzystnie szczepienie śluzotoku w najcięższych i zastarzałych przypadkach jaglicy przewlekłéj.

4) Kol. Obaliński przedstawił: *a*) zmodyfikowane przez siebie uciskadło Dra Wehra, *b*) model szyny błaszanéj, którą zastosować można tak na prawą, jak i na lewą odnogę górną.

5) Kol. Mikulicz mówił o transfuzyi. (Wykład umieszczony w Przeglądzie Lekarskim).

Na tém posiedzenie zakończono.

Dr. Szymkiewicz.

VI Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Ciekawym jest wynik zestawienia śmiertelności w rozmaitych miastach Europy w 11tym tygodniu rb. Otóż umarło na tysiąc mieszkańców w Hanowerze 17.8, w Karlsruhe 20·0, Bazylei 20·9,—w Edymburgu 21·5, Londynie 21·6, Chrystyjanii 21·8, Kopenhadze 22·5,—w Glasgowie 23·3, w Berlinie i Brukseli 23·4, w Dreźnie 23·8, — w Stokholmie 24·0, Magdeburgu 24.3, Kolonii 24·9,—w Hamburgu 25·1, Stutgardzie 25·5, Altonie 25·7, Frankfurcie n./M. 25·8, Szczecinie 25·9, — w Metzu 26·2, Kasslu 26·4, Augsburgu 26·8,—w Lipsku 27·2, Dublinie 27·4, Paryżu 27·7,—w Brunszwiku 28·1, Norymberdze 28·7, Liverpolu 28·8,—w Monachijum 29·0,—w Bukareszcie 30·0, Wrocławiu 30·5,—w Warszawie i Odessie 33·0,—w Turynie 34·0, w Królewcu 36·5, Madrycie 38·0, Rzymie 39·1, w Petersburgu 42·5, w Krakowie 44·5, w Tryjeście 46·3. Możemy zatém być dumni, nasz Kraków w skali téj zajmuje najwyższe prawie miejsce, bo umiera w nim prawie 3 razy tyle mieszkańców, co w Hanowerze!

Statystyka epidemij. W tygodniu od 16—22 marca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 34,6. Z ospy umarło 10 (10 z. t.); z płonicy 0 (2 z. t.); z błonicy 1 (0 z. t.); z krztuśca 1 (1 z. t.); z duru brzusznego 0 (2 z. t.); z duru osutkowego 3 (0 z. t.); z kiły 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 10 przypadkach ospy, 3 odry, 2 płonicy, 1 krztuśca, 2 duru brzusznego. Od 9—15 marca umarło w Londynie z ospy 11 osób. Leczyło się w szpitalach 148, świeżo zapadło 21. W Paryżu umarło 1, w Liwerpolu, Petersburgu, Madrycie i Brukseli po 2, w Lizbonie 3, w Warszawie 5, w Murcyi 7, w Maladze 9, w Nowym Orleanie 17, w Pradze 43. W Madrycie umarło przy końcu grudnia 108 osób z ospy. Z duru osutkowego umarło w Londynie i Madrycie po 1, w Maladze 2, w Saragosie 3, w Petersburgu 4. Z cholery umarło w Bombaju od 6—12 lutego 5, w Kalkucie od 13—19 stycznia 6, w Madrasie od 22—28 grudnia 9.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 9—15 marca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 37,6; w Warszawie 33,0; w Poznaniu 28,5; w Pradze 38,0; w Tryjeście 46,3; w Berlinie 23,4; we Wrocławiu 30,5; w Gdańsku 21,4; w Mnichowie 29,0; w Dreźnie 23,8; w Lipsku 27,2; w Bazylei 20,9; w Brukseli 23,4; w Hadze 26,5; w Paryżu 27,7; w Londynie 21,1; w Kopenhadze 22,2; w Stokholmie 24,0; w Chrystyjanii 21,8; w Petersburgu 42,5; w Odesie 33,3; w Rzymie 39,1; w Wenecyi 33,1; w Bukareszcie 30,4; w Madrycie 38,8; w Lizbonie 33,1; w Aleksandryi 29,7; w Nowym Jorku 27,2; w Filadelfii 21,3; w Bombayu 24,9; w Madrasie 49,3. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 3 kwietnia. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego wybrano jednogłośnie członkiem koresp. Dra Pawińskiego w Warszawie oraz uchwalono wyrazić Drowi Klinkowi tamże podziękowanie za bezinteresowne opiekowanie się rozsprzedażą Słownika lekarskiego, nakładem Tow. wydanego. Następnie kol. Kohn mówił o spostrzeżeniach nad działaniem leczniczém nowszych leków w praktyce ginekologicznéj, a wreszcie kol. Balicki przedstawił mężczyznę wyleczonego po wyłuszczeniu przez prof. Obalińskiego nowotworów blisko 2 kilogr. ważących na szyi.

* Docent prywatny i prosektor, Dr. Longin Feigel, mianowany został nadzwyczajnym profesorem medycyny sądowéj w Uniwersytecie lwowskim.

* Otrzymaliśmy XI Sprawozdanie Komitetu Tow. Opieki szpitalnéj dla dzieci w Krakowie z r. 1883. (Kraków, 1884, w 8ce, str. 37). Dowiadujemy się z niego, że Towarzystwo liczyło w roku ubiegłym członków 137, dochód wynosił 20,465 złr. a wydatki 14,731 złr. Leczono w tymże roku dzieci 755, z których wyleczono 419, niewyleczonych było 115, umarło 222. Klinika pedyjatryczna, w szpitalu św. Ludwika mieszcząca się, posiada łóżek 24, asystentem klinicznym jest Dr. Murdzieński; oddział szpitalny posiada łóżek 76; sekundaryjuszem 1ym jest Dr. Rosenblatt, 2im Dr. Koy. Przełożonym tak kliniki jako oddziału szpitalnego jest prof. Jakubowski.

* Były profesor w Gryfii, który porzucił profesurę swoją i przed niedawnym czasem przeniósł się do Berlina, obecnie zamierza osiąść we Wiedniu i w tym celu udał się do Wydziału lek. z prośbą o nostryfikacyję dyplomu pruskiego i udzielenie mu *veniae legendi* w Wydziale lek. Rzecz ciekawa, co Wydział lek. postanowi; redakcyja *W. med. Woch.*, wyprzedzając uchwałę Wydziału, wedle zwyczaju swego w sposób wcale nieprzyzwoity występuje przeciw przypuszczeniu petenta do praktyki wiedeńskiéj. Nie wymienia ona wprawdzie nazwiska, ale łatwo domyślać się, że się rozchodzi albo o prof. Eulenburga albo o Schüllera, a prawdopodobniéj o pierwszego.

Z ostatniego Nru *W. allg. med. Ztg.* dowiadujemy się, że rozchodzi się istotnie o prof. Eulenburga, że jednak oprócz niego stara się o nostryfikacyję kilku innych jeszcze lekarzy niemieckich, jak: prof. okulistyki Hermann Cohn z Wrocławia, docent Friedmann z Berlina i Dr. Süssbrunn z Lignicy. Kwestyja ta była już przedmiotem narady w Wydziale lek. wiedeńskim na posiedzeniu, odbytém d. 29 marca. Z uwagi, że państwo niemieckie nie ułatwia wcale nostryfikacyi lekarzom austryjackim, Wydział uchwalił wstrzymać się z orzeczeniem swém aż do czasu, w którym oprzeć się będzie można na wzajemności, praktykowanéj w Niemczech.

Proff. Wedl, Schenk i Nowak otrzymali od p. Ministra Oświaty polecenie, aby przedłożyli program budowy dla zakładów: histologicznego, embryjologicznego i higijenicznego.

* **Petersburg.** Zasłużony w nauce Dr. Pelikan, prezes rady lekarskiéj i komitetu weterynaryjnego w ministerstwie spraw wewn., otrzymał uwolnienie od służby z powodu zdrowia nadwątlonego. Prezesem rady lekarskiéj zamianowany został lekarz nadworny Dr. Zdeckauer, a prezesem komitetu weterynarskiego Dr. Rozow.

* **Mianowanie.** Starszy lekarz batalijonu rzeszowskiego obrony krajowéj, Dr. Włodzimierz Hrycykiewicz, mianowa-

ny został starszym lekarzem w armii czynnéj, a lekarz asystent Dr. Julijan Dadlez, starszym lekarzem w rezerwie.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lek. w Uniw. Jagiell. otrzymali pp. Józef Peters, rodem z N. Sącza, Adam Jan Sołowij, z Potutrzycy, Roman Wodyński i Karol Zaleski z Mikuliczyna w Galicyi.

* **Nekrologija.** W piątek d. 28 marca r. b. odprowadziliśmy zwłoki śp. Dra Franciszka Danka na miejsce wiecznego odpoczynku. Trumna ozdobiona była orderami i wieńcami licznemi, z których jeden ofiarowało swemu członkowi Tow. lek. krakowskie. Za trumną szli jenerałowie, wyżsi oficerowie, lekarze wojskowi i cywilni, pomiędzy ostatnimi prawie wszyscy profesorowie Wydziału lek. Nadto wszystkie warstwy ludności były reprezentowane począwszy od prezydenta miasta, w dowód, jakiego poważania używał nieboszczyk.

W testamencie swoim 1 r. Danek zesyła ostatnie pozdrowienie wszystkim życzliwym sobie, a biblijotekę swoją oraz zbiór narzędzi przeznacza na rzecz księgozbioru uczniów Wydziału lek. w Krakowie. Jestto dar cenny, bo wiadomo, że nieboszczyk posiadał piękny, kosztowny zbiór książek i narzędzi. W papierach jego znaleziono także kartkę, mieszczącą główne daty życia jego, które téż chętnie podajemy.

Śp. Dr. Franciszek Danek urodził się w Wilamowicach d. 1go kwietnia 1839. Po ukończeniu szkoły ludowéj w miejscu rodzinném, gimnazyjum niższego w Cieszynie, a wyższego w Krakowie wstąpił w r. 1861 do Akademii lekarskiéj wojskowéj (Józefinum) we Wiedniu. Po ukończeniu 5go roku odbył kampaniję pruską jako tymczasowy lekarz starszy, a w r. 1867 otrzymał dyplom doktora w. nauk lek. Aż do r. 1869 służył w szpitalach wojskowych we Lwowie, Jarosławiu i Wadowicach oraz przy pułku 70ym w Krakowie. D. 1 października 1869 powołany został na kurs operacyjny prof. Pithy w Wiedniu, po ukończeniu którego w r. 1871 otrzymał dyplom na operatora. D. 1go maja 1871 razem z trzema kolegami wysłany został przez Ministerstwo wojny do Paryża, celem objęcia szpitala rannych w St. Cloud, gdzie do ostatniego października był czynnym jako *Chirurgien-Principal.* Za powrotem do Austryi za zasługi na tém stanowisku położone otrzymał krzyż kawalerski orderu Franciszka Józefa a ze strony francuskiéj krzyż towarzystwa „*Societé française de secours aux blessés*"; krzyż „*Au souvenir des services pratiqués et devoués rendus aux blessés français*". Sprawozdanie z czynności w szpitalu St. Cloud ogłosiło drukiem austr. ministeryjum wojny p. t. „*Bericht über den französ. Baracken-Lazareth f. Verwundete im Parke von St. Cloud im Jahre 1871, mitgetheilt von den Regimentsärzten v. Fillenbaum und Netolitzky und den Oberärzten Danek und Güttl.*" Od 1 stycznia 1872 aż do śmierci swéj pełnił śp. Danek obowiązki operatora w szpitalu garnizonowym w Krakowie, mianowany będąc 1 maja 1872 lekarzem pułkowym.

Artykuły orygin. mieszczące się w cz. sopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 13: Meyersona: O przeszkodach przy usuwaniu rurki tracheotomijnéj. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 13: Matlakowskiego: Ciało ruchome w jamie kolanowéj; Rosenthala: Hypochondryja w dziedzinie zboczeń umysłowych.

Redakcyja otrzymała:

Dr. W. BUJAKOWSKI: Obecny stan oraz wartość lecznicza zdrojów druskienickich. (Odbitka z „Medycyny,") Warszawa 1884, in 8vo str. 15.

Piśmiennictwo lekarskie. OIDTMANN H. Die Pockenstatistik der Soldaten. gr. 8. Leipzig, Belke. M. 1.20.

PLOSS H. H. Zur Geschichte, Verbreitung u. Methode der Frucht Abtreibung. Culturgeschichtlich-medicin. Skizze. gr. 8. Leipzig, Veit et Co. M. 1.40.

---

* Pewien kolega, Dr. medycyny, praktykujący w kraju, ojciec trojga dzieci, umarł w największéj nędzy. Redakcyja, mając sobie przez jednego z kolegów zwróconą uwagę na położenie okropne, w którém znajduje się pozostała familija, licząc na znaną gotowość do ofiar stanu lekarskiego otwiera niniejszém składkę na korzyść nieszczęśliwych i chętnie pośredniczyć będzie pomiędzy ofiarodawcami a zapomogi potrzebującymi.

Złożyli dotąd: Fundusz wydawnictwa Przeglądu Lekarskiego złr. 10, koledzy: Rydel 3 złr., Korczyński, Pareński, Kwaśnicki, Blumenstok, Grabowski, Jordan i Ściborowski po 2 złr., Kopff, Murdzieński, Dr. Z., Obaliński, Kohn, Dobruchowski, Szymkiewicz, Danielski, po 1 złr., Mars i Pieniążek po 5 złr, razem 45 złr.

Do numeru dzisiejszego dołącza się wiadomość o Cieplicach trenczyńskich.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
Rocznie	w Austryi 5 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ 8 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 12 kwietnia 1884. № 15. Rok XXIII.

I. O dzisiejszym stanie nauki o transfuzyi.

Wykład miany w Tow. lek. krak.
przez prof. Mikulicza.
(Dokończenie. Patrz Nr. 14).

Widzimy więc, Panowie, że według tych doświadczeń jestto co najmniéj wątpliwém, żeby się krew jednego zwierzęcia dała przenieść na drugie, aby tamże stale zastąpić mogła brakującą. Wszystkie jéj składniki prawdopodobnie obumierają i ulegają wydaleniu. Trwałéj korzyści krew przetoczona prawdopodobnie nie przynosi [1]. Przez to nie wykluczamy jednak wcale możebności, a to sam Ott przyznaje, że wśród pewnych okoliczności krew świeża przetoczona dla ustroju chwilowo może być użyteczną. Przypominam Panom tylko zatrucie tlenkiem węgla, w którém ciałka krwi, jak wiadomo, przez połączenie się z gazem są zatrute i nie zdolne do funkcyi. Jest możliwém, a dotychczasowe doświadczenia na człowieku i próby Kühnego zdają się przemawiać za skutecznością przetoczenia krwi przeciw temu zatruciu, podczas gdy jest wątpliwém, czy prosta transfuzyja rozczynu soli kuchennéj tu może oddać podobne usługi. Może być, że przetoczone ciałka krwi chociaż niebawem zaginąć mają na razie podjąć mogą funkcyję wymiany gazów. Jeżeli jednak tylko uwzględnimy przypadki ostréj niedokrewności w skutek krwotoków, jak się zdarzają w praktyce lekarskiéj, gdzie pozostała część krwi sama przez się jeszcze wystarcza do utrzymania życia, to na podstawie poprzedniego rozumowania musimy przyjść do przekonania, że wlewanie rozczynu soli kuchennéj oddaje te same usługi co i transfuzyja krwi. I dotychczasowe doświadczenie zgadza się z pewnością z tém zapatrywaniem [1]. Już powiedziałem, że pierwszy pomysł téj operacyi podał E. Schwarz w r. 1881 i że pierwszą infuzyję solną wykonał Bischoff w tymże roku z pomyślnym skutkiem. Chodziło o wysoki stopień niedokrewności u rodzącéj po oddzieleniu łożyska. Wstrzyknięto 1250cm.sz. w obwodowy koniec tętnicy sprychowéj z dobrym wynikiem. Później operowali z powodu niedokrewności po krwotokach połogowych Küstner, Heider i Stroynowski z Schattauerem [2], z powodu niedokrewności po ciężkich operacyjach po 2 razy, Kümmell i Bull, raz Schwarz i Küstner z powodu niedokrewności po ciężkiém obrażeniu Szumann, Halsted i Jersey, z powodu krwotoku żołądkowego Hacker, z powodu zapadu w zatruciu jodoformem Kocher, z powodu zatrucia gazem świetlnym raz Jersey, 2 razy Wilkie. Wlewano 500—1500 cm.sz. Zupełne wyleczenie nastąpiło w 12 przypadkach, 4 razy stan chorych ze względu na niedokrewność się polepszył, a chorzy umarli późniéj z przyczyn niezależnych od niedokrewności, w 2ch przypadkach po widocznem polepszeniu krążenia śmierć nastąpiła dopiero w jakiś czas, mianowicie raz w 5 kwadransy po operacyi w skutek zwiększającego się zapadu, raz (w przypadku Hackera) po $3\frac{1}{2}$ godzinach z powodu ponownego krwotoku żołądkowego.

Możemy więc twierdzić, że w dotychczas znanych przypadkach transfuzyja albo była operacyją wprost ratującą życie, albo przynajmniéj usunęła grożące objawy niedokrewności i tylko w już przytoczonym przypadku Küstnera, gdzie śmierć nastąpiła w 5 kwadransy po operacyi, mogło

---

[1]) Nie ulega wcale wątpliwości, że zalecone naprzód przez Ponficka wlewanie krwi do jamy brzusznéj jako środek przeciw ostréj niedokrewności jeszcze mniejsze przyniesie korzyści dla ustroju. Z pewnością i ta ilość krwi przez jamę otrzewnową wessana w ten sam sposób bywa wydalaną, tylko, że ten zabieg nie działa przeciw obniżeniu parcia, które przedewszystkiém należy uwzględnić.

[1]) Muszę tu zauważyć, że pierwszą podnietę do wlewania soli kuchennéj dał Cohnheim. Upuszczał on przez obwodową część żyły brzusznéj żaby krew, podczas gdy przez koniec dośrodkowy dopóty wlewał wodnego rozczynu soli kuchennéj, dopóki z obwodowéj części odpływał płyn prawie przeźroczysty. Udało mu się żaby w ten sposób krwi pozbawione utrzymać przez 2—3 dni przy życiu.

[2]) Historyję choroby dotychczas nie ogłoszoną podam późniéj.

być wątpliwém, czy ta operacyja wywarła znaczniejszy wpływ na stosunki krążenia. Muszę tu jeszcze dodać, że w r. 1882 anglik Jennings z pomyślnym skutkiem w przypadku silnego krwotoku z łożyska przodującego wstrzyknął 180gram rozczynu soli innego nieco składu, niż go Schwarz zalecił. W ten sam sposób z dobrym wynikiem postąpił Coates przy krwotoku wśród porodu w tym samym roku.

Równie wielkie znaczenie ma i ta okoliczność, że transfuzyja rozczynu soli kuchennéj zdaje się nie zaszkodziła organizmowi w żadnym przypadku.

Moje niedawno nabyte doświadczenie zgadza się zupełnie z dotychczasowemi pomyślnemi wynikami. Zamiast Panom postępowanie całe osobno opisywać dokładnie, wolę podać szczegółowy opis mego przypadku wraz ze wszystkiemi szczegółami odnoszącemi się do operacyi. Nim jednak przystąpię do opisania tego przypadku, muszę pokrótce roztrząsnąć kwestyję, która wobec transfuzyi krwi była bardzo ważną i często była roztrząsaną, ale jak się zdaje dla transfuzyi solnéj w prosty sposób daje się rozstrzygnąć. Mam tu na myśli kwestyję czy należy wlewać płyn do tętnicy czy do żyły. O ile mi wiadomo pierwszy Hüter proponował wstrzykiwanie krwi zamiast do żyły do obwodowego końca tętnicy średniéj grubości aby w ten sposób zapobiedz dostaniu się skrzepów do krążenia płucnego. Cohnheim stanowczym jest przeciwnikiem wlewania płynu do obwodowéj części tętnicy, gdyż małe tętniczki po wlaniu każdego płynu obcego mocno się kurczą, tém samém mocny stawiają opór a więc potrzeba bardzo wysokiego parcia, żeby płyn, mający być wstrzykniętym, przeprzeć przez zwężone naczynia. Parcie to wysokie łatwo może sprowadzić pęknienie naczyń. Natomiast Cohnheim proponuje wstrzykiwanie do dośrodkowego końca, gdyż tu krew na drodze licznych anastomoz o wiele łatwiéj wchodzi. W saméj rzeczy, jeżeliby chodziło o przetoczenie krwi, to propozycyja Cohnheima zasługuje w wysokim stopniu na uwzględnienie; gdzie jednak chodzi tylko o wstrzyknięcie obojętnego, nie krzepnącego płynu, więc np. rozczynu soli kuchennéj, tam przecież z pewnością nie ma powodu odsłaniania tętnicy.

Niemniéj jednak wstrzykiwali wszyscy w pierwszych przypadkach rozczyn soli do obwodowéj części tętnicy sprychowéj, aż Kümmell zrobił smutne doświadczenie, że po wstrzyknięciu 500cm.sześc. płynu przy wysokiém parciu nastąpiła zgorzel ręki. Odtąd, o ile wiem, tylko do powierzchownych żył przegubu łokciowego wstrzykiwano. I ja w moim przypadku do jednéj z nich wstrzykiwałem, a mianowicie do żyły odsprychowéj w łokciu lewym.

Dotyczył ten przypadek młodego, nieco słabo zbudowanego ale zresztą zdrowego człowieka, który w skutek przypadkowego zranienia skaleczył sobie tętnicę ramieniową. Pacyjent oczywiście stracił dużo krwi, gdyż znaleziono go w stanie nieprzytomnym zupełnie omdlałego. Gdy mnie zawezwano, zastałem lekki opatrunek uciskający na ranie, z któréj jeszcze wciąż krew się sączyła. Chory był blady jak trup, odnogi były chłodne, tętno nitkowate, przeszło 120 na minutę. Spodziewałem się, że młodzieniec samodzielnie przyjdzie do siebie z tego zapadu i zalecilem tylko środki podniecające, opatrzywszy należycie miejsce zranienia. Mimo to jednak, że już chory krwi więcéj nie tracił, objawy niedokrewności w groźny sposób się wzmagały. Tętno zdawało się coraz drobniejszém, ledwie wyczuwalném, uderzeń było przeszło 130 na minutę. Postanowiłem wobec tego wstrzyknąć rozczyn soli kuchennéj. Rozczyn 6 gramów soli kuchennéj i 1 gram *Natrium carbonicum* w jednym litrze wody przekroplonéj wstawiono do naczynia napełnionego wodą ogrzaną do 40°C. Oprócz tego przygotowano sobie lejek szklany, do którego przymocowano rurę drenową długą na 1 metr, grubości ołówka, daléj trójgraniec próbny mający 1½mm. średnicy (mniéj więcéj téj grubości, co trójgrańce próbne znajdujące się w sztućcach chirurgicznych). Rozumie się samo przez się, że wszystko było należycie oczyszczone, t. j. naprzód omyte 5% kwasem karbolowym a potém wodą przekroploną (ostrożność ta jest konieczną, żeby się przypadkowo z początkiem infuzyi kwas karbolowy nie dostał do żył). Tak, jak do upustu krwi owinięto ramię po stronie zdrowéj chustką, aż żyły w przegubie łokciowym się napełniły i uwydatniły. Teraz poprowadzono ostrożnie cięcie podłużne odpowiednio żyle odsprychowéj najbardziéj widocznéj. Po przecięciu skóry i tkanki podskórnéj odosobniono zupełnie żyłę za pomocą sondy rowkowanéj i przeprowadzono dwie nitki popod żyłę, jedną bliżéj środka, drugą bliżéj obwodu. Potém wbilem trójgraniec próbny w napełnioną żyłę, w kierunku dośrodkowym, odjąłem opaskę uciskającą, wyciągnąłem kolec z trójgrańca, rurkę samą nieco głębiéj wepchnąłem i podwiązkę dośrodkową około żyły i kaniuli w niéj leżącéj ściągnąłem nic robiąc jednak węzła. Tymczasem lejek wraz z drenem napełniono przygotowanym ciepłym płynem, i po wypędzeniu wszystkiego powietrza z drenu przyprawiono tenże do kaniuli. Lejek trzymano mniéj więcéj na ½ metra nad raną i uważano, żeby zawsze był pełny, żeby zapobiedz dostaniu się powietrza do żyły. Całkiem nieznacznie ale stale opadał płyn w lejku. Po 15tu mniéj lub więcéj minutach około 600cm. sześc. wpłynęło do żyły. Teraz wyjęto kaniulę, podwiązano żyłę za pomocą obu przedtém już wprowadzonych nitek w kierunku dośrodkowym i obwodowym i ranę zespojono. Kiedy ledwie połowa płynu wpłynęła, tętno stało się wyraźniejszém i spokojniejszém. Pacyjent sam, który przedtém żalił się na duszność, twierdził, że może teraz łatwiéj oddychać. Z końcem transfuzyi tętno w uderzający sposób polepszyło się, ilość wynosiła 108. W ciągu dnia polepszyły się jeszcze daléj objawy ostréj niedokrewności. Nieznacznemu dreszczowi, który wystąpił w kilka godzin po operacyi, nie towarzyszyło podwyższenie ciepłoty. Pacyjent wyzdrowiał [1]).

W tém miejscu pozwalam sobie podać historyję choroby przytoczonego już przypadku kolegów Stroynowskiego i Schattauera we Lwowie, którym przy téj sposobności dziękuję za życzliwe udzielenie mi téjże.

Kol. Stroynowski pisze: „Dnia 21 grudnia 1883 o godzinie 3éj rano zawezwano mnie do starozakonnéj B. B, liczącéj lat 42, zamieszkałéj we Lwowie. Ciąża 21 (wliczając w to porody prawidłowe i poronienia, ile z jednéj kate-

[1]) Druga transfuzyja, którą później wykonałem w ten sam sposób, gdzie około 800cm.sz. rozczynu soli kuchennéj wstrzyknąłem do żyły, dotyczyła przypadku ostrego zapalenia otrzewnéj obok znacznéj niedokrewności. Tętno prawie nitkowate nader szybkie polepszyło się wprawdzie na chwilkę, ale wnet znów przyjęło ten sam charakter co i przed operacyją. Na dalszy przebieg zresztą nie wywołała transfuzyja żadnego wpływu, gdyż w 19 godzin potém śmierć nastąpiła z zapalenia otrzewny. Nie można się było zresztą spodziewać, żeby transfuzyja wywarła wpływ na samą sepsis; wykonano ją jedynie tylko ze względu na niedokrewność, istniejącą już przed rozwinięciem się zapalenia otrzewny.

gory, ile z drugiéj nie umiano mi powiedzieć). Podczas obecnéj ciąży dwukrotne silne krwotoki. Badanie wykazuje siódmy miesiąc księżycowy ciąży; pierwsze bóle po godzinie 12éj wystąpiły, zarazem silny krwotok. Badanie wewnętrzne wykazuje łożysko zupełnie przodujące. Roniąca osoba, wynędzniała i wyniszczona poprzedniemi porodami i poronieniami, nadto w skutek obecnego krwotoku blada, robi wrażenie najniekorzystniejsze; z jednego omdlenia ocucona wpada w drugie. Nie tracąc tedy czasu wydobyłem natychmiast płód przez obrót przy ujściu na 4cm. średnicy rozwartém, łożyskiem zupełnie wypełnionéin. Łożysko wraz z błonami wykluczone w kilka chwil późniéj samowolnie. Odtąd macica dobrze skurczona, odchód krwawy skąpy; mimo to polepszenie tylko chwilowe, gdyż omdlenia znów się powtarzają, zupełny brak tętna, pot lepki itd. Zastrzyknąłem kilkanaście strzykawek eteru, założyłem opaskę Esmarcha na dolną odnogę, ułożyłem chorą z obniżoną głową, wszystko bez skutku. Postanowiłem tedy wykonać przetoczenie rozczynu soli kuchennéj (6ClNa na 1000 *Aq. destill.* z dodatkiem 2 kropli ługu sodowego) o 40°C. Wezwany kolega Schattauer zgodził się na konieczność zastosowania przetoczenia, uznając również stan choréj za rozpaczliwy. Przygotowania nie trwały długo, zaopatrzyliśmy czysty irygator odpowiednią kaniulą i przygotowaliśmy rozczyn solny.

Kolega Schattauer obwiązał silnie prawe ramię chustką; w ten sposób uwydatnił cokolwiek przebieg żyły (*v. mediana cephalica*) w prawém zgięciu łokciowém, poczém odsłonił takową w rozległości 4cm., podkładając dwie karbolizowane podwiązki pod żyłę od góry i dołu; dolną podwiązał natychmiast, poczém naciąwszy przednią ścianę żyły wprowadził z łatwością kaniulę. Płyn z irygatora z wysokości jednego metra z wolna dostawał się do żyły; przetoczenie 600—700 gramów rozczynu solnego trwało 12 minut. Podwiązaniem żyły od góry i założeniem opaski przeciwgnilnéj zakończył się ten rękoczyn, wśród którego stan choréj widocznie się polepszał, tętno stało się liczebne około 120. Omdlenia ustały, chora odzyskała przytomność i na pytania odpowiadała. W takim stanie polepszonym opuściliśmy ją o godzinie 7éj rano.

Chorą odwidzałem potém kilkakrotnie, początkowo była tak osłabioną, że trudno jéj było i głową poruszyć, jednakże przebyła połóg prawidłowy, ciepłota ciała nie podnosiła się nad prowidłową, a po czterech tygodniach po raz pierwszy opuściła łóżko. Obecnie zupełnie zdrowa".

Jak Panowie widzicie, wykonanie operacyi jest tak łatwém, narzędzia potrzebne tak proste, że każdy lekarz ją może w każdéj chwili wykonać; a gdyby dalsze doświadczenia, jak się spodziewać należy, wykazały brak wszelkiego niebezpieczeństwa i pewność wyniku po wlaniu soli kuchennéj, to musiałoby to być dla każdego lekarza obowiązkiem wykonać ją w odpowiednich przypadkach. Już dziś nie możemy wątpić o wysokiéj wartości transfuzyi solnéj, a ponieważ dotychczas przeciw ostréj niedokrwistości nie posiadamy środka, któryby się dał w sposób równie prosty i pewny wykonać, zasługuje ona już dziś na rozległe zastosowanie. Zgadzam się zupełnie z Szumanem [1]), który twierdzi, że w każdéj większéj operacyi chirurgicznéj i położniczéj należy mieć wszystko do transfuzyi solnéj w pogotowiu, żeby w razie przypadku nie tracić czasu. Jeżeli w przypadku nieprzewidzianéj utraty krwi nie ma na pogotowiu odpowiednich narzędzi, to można je bardzo łatwo sobie zestawić, a w tém właśnie leży wielka korzyść, że nie potrzeba koniecznie osobnych narzędzi do wykonania téj operacyi. Trójgraniec próbny znajdujący się w sztućcu każdego lekarza, byle był czysty, zupełnie wystarcza. O ile mi wiadomo, Szuman pierwszy podał myśl zastąpienia osobnéj kaniuli trójgrańcem, a jestto mojém zdaniem wielką zasługą tego chirurga, gdyż uprościł i ułatwił wykonanie transfuzyi dla lekarza. Jeżeli się nie ma czystego drenu i lejka szklanego, to irygator z rurą po należytém oczyszczeniu może oddać tę samą usługę. W razie potrzeby możnaby infuzyę wykonać za pomocą czystéj strzykawki, choć zawsze jest daleko pewniéj, jeżeli płyn z wysokości $\frac{1}{2}$—1 metra własnym ciężarem spływa do żyły. Jeżeli się ma czystą strzykawkę i dren, to wystarcza wyciągnąć tłok z strzykawki, przyłożyć dren do jéj ujścia, i rury ku górze otwartéj używać jako lejka. Co do ilości płynu, którą należy wstrzyknąć, to według dotychczasowych doświadczeń znosili chorzy dobrze nawet ilość $1\frac{1}{2}$ litra, podczas gdy dawniéj w transfuzyi krwawéj pod wpływem mylnego przypuszczenia niebezpieczeństwa pletory uważano 200—400cm. sześc. jako *maximum*. Płyn nie powinien żadną miarą wpływać zanadto prędko; operatorowie wszyscy prawie mniéj lub więcéj potrzebowali 15 minut, aby potrzebną ilość wlać. Jeżeli w rozpaczliwych przypadkach nie możecie Panowie dość prędko otrzymać odpowiedni rozczyn z apteki, jak to na wsi się zdarzać może, to byłoby to w takich przypadkach zupełnie uzasadnioném w gotowanéj przedtém wodzie studziennéj rozpuścić odpowiednią ilość zwyczajnéj soli kuchennéj, bez dodatku węglanu sodowego, (co nawet w każdéj chacie wieśniaczéj można wykonać) i wstrzyknąć ten płyn [1]). Bez wątpienia lepiéj jest wstrzykiwać nie koniecznie chemicznie czysty rozczyn soli kuchennéj z uzasadnioną nadzieją uratowania chorego, aniżeli narazić go na niechybną śmierć i pozostać bezczynnym.

II. Kilka uwag o przyczynach położeń płodu.

Podał **Franciszek Rubinstein**,
zarządzający przytułkiem położniczym Nr. 5. w Warszawie. b. lek. miejsc. Maryjskiego Domu Położniczego w Petersburgu.
(Dokończenie. Patrz Nr. 14).

Tablica siódma okazuje, że pośród stu dzieci zrodzonych w położeniu poprzeczném 56,31 było krótkogłowych; liczba ta nietylko przewyższa liczbę 44,53 krótkogłowych z ogólnéj ilości dzieci, lecz i liczby tak krótkogłowych zrodzonych w innych położeniach, jak i liczbę długogłowych i średniogłowych zrodzonych w położeniu poprzeczném. Ilość zaś długogłowych 31,58 i średniogłowych 10,52, urodzonych w tém położeniu, jest mniejszą od ogólnéj ilości dzieci odpowiednich typów. Z tablicy zaś 8-méj widzimy, że ilość długogłowych urodzonych w położeniu poprzeczném, 1,28 na 100, mało co różni się od ilości dzieci zrodzonych w tém położeniu 1,56 na 100 pośród wszystkich dzieci, za to ilość średniogłowych 0,97 jest mniejszą, a krótkogłowych 2,03 jest większą od téj liczby urodzonych pośród całego ogółu dzieci w tém położeniu; w skutek tych danych twierdzimy: że długogłowość płodu pozostaje bez wpływu,

[1]) Wstrzykiwanie roztworu soli kuchennéj w ostréj niedokrwistości. *Gazeta Lekarska*, 1883, str. 417).

[1]) Byłoby zresztą praktyczném, gdyby lekarz mieszkający zdala od apteki, miał w pogotowiu proszki zawierające po 6 gramów soli kuchennéj i 1 gramie węglanu sodowego. Rozczyn sam nie daje się przechowywać przez dłuższy czas, ponieważ rozwijają się w nim bakteryje.

średniogłowość utrudnia, a krótkogłowość ułatwia powstanie położenia poprzecznego.

Tak więc rozpatrzenie tych trzech tablic wykazało że: 1) Długogłowość ułatwia powstanie położeń czaszkowych, utrudnia powstanie położeń pośladkowych a na położenia twarzowe i poprzeczne pozostaje bez wpływu;

2) średniogłowość ułatwia powstanie położeń twarzowych i pośladkowych, utrudnia powstanie położeń poprzecznych, a wpływu nie posiada na powstanie położeń czaszkowych;

3) krótkogłowość ułatwia powstanie położeń pośladkowych i poprzecznych, utrudnia powstanie położeń czaszkowych, a na położenia twarzowe wyraźnego wpływu dodatniego lub ujemnego nie posiada.

Prócz rozgrupowania dzieci podług typu główek otrzymane mianowniki główkowe rozklasyfikowaliśmy podług położeń. Przytaczać tu tę tablicę uważam za zbyteczne; wystarczy, jeśli napomknę, że dla każdego oddzielnie położenia granice mianowników wynosiły od 66,66 do 100; lecz przeciętna tych mianowników dla każdego położenia przedstawia się w

Tabl: IX

dla ogółu dzieci	78.66
dla położenia czaszkowego	77.44
„ „ twarzowego	78.33
„ „ pośladkowego	81.74
„ „ poprzecznego	80.2

to znaczy, że główka o przeciętnych wymiarach wszystkich dzieci należała do typu średniogłowych, tak samo do tego typu zaliczyć należy średnią główkę dzieci zrodzonych w położeniach czaszkowych lub twarzowych, a główka dzieci zrodzonych w położeniach pośladkowych i poprzecznych należeć będzie do typu krótkogłowych.

Gdy zaś mianownik główkowy, służący jako criterium charakteru główki (a ten ostatni ma wpływ na etyjologiję położeń płodu), oznacza stosunek wymiaru poprzecznego do wymiaru prostego główki; zachodzi więc pytanie, czy oba wymiary, czy tylko jeden z nich, i to który znajduje się w pewnym oznaczonym stosunku do pewnego położenia płodu?

Dla rozwiązania tego pytania posłużą następujące tablice.

Tablica X.

Wymiar prosty główek.

cm.	5	5¹/₂	6	6¹/₂	7	7¹/₂	8	8¹/₂	9	9¹/₂	10	10¹/₂	11	11¹/₂	12	12¹/₂	13	13¹/₂	14
¹)	1		1	1	4	1	3	3	12	16	145	64	1032	277	538	81	15	1	3
²)							1						1	1					
³)		1	5		3		9	4	10	2	36	10	43	9	11	1			
⁴)				1	1	1	1	3	2	1	6	2	10	2	9	1			
	1	1	6	2	8	2	14	10	24	19	187	76	1086	289	558	83	15	1	3

a po zamianie danych téj tablicy na ilość w stosunku do 100 dla każdéj wielkości tego wymiaru otrzyma się

Tablica XI.

cm.	5	5¹/₂	6	6¹/₇	7	7¹/₂	8	8¹/₂	9	9¹/₂	10	10¹/₂	11	11¹/₂	12	12¹/₂	13	13¹/₂	14
¹)	100		16.67	50	50	50	21.43	30	50	84.21	77.58	84.21	95.03	95.85	96.42	97.59	100	100	100
²)							7.14						0 09	0.34					
³)		100	83.33		37.5		64.28	40	41.66	10 53	19.25	13.6	4.96	3.11	1.97	1.20			
⁴)				50	12.5	50	7.14	30	8.33	5.26	3.22	2 63	0.92	0.69	1.61	1.20			
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100		100

Wymiar poprzeczny wielki główki:

Tablica XII.

cm.	4	4¹/₂	5	5¹/₂	6	6¹/₂	7	7¹/₂	8	8¹/₂	9	10	10¹/₂	11	11¹/₂	12
¹)	1	1	3	4	5	2	25	20	410	248	1111	239	8			1
²)					1						2					
³)	1	4	2		7	3	11	3	41	8	48	9		1		
⁴)				1	1	1	6	1	5	3	14	4				
	2	5	5	5	14	6	42	24	456	259	1175	252	8	1		1

i po zamianie jéj tak samo jak tablicy 10téj w 11tą powstanie

Tablica XIII.

cm.	4	4¹/₂	5	5¹/₂	6	6¹/₂	7	7¹/₂	8	8¹/₂	9	9¹/₂	10	10¹/₂	11	11¹/₂	12
¹)	50	20	60	80	35.71	33.33	59.52	83.33	89.91	95 75	94.55	95.06	84.84	100			100
²)					7.14						0.17						
³)	50	80	40	20	50	50	26.19	12.5	8.99	3.09	4.09	3.70	3.57		100		
⁴)					7.14	16.67	14.99	4.17	1.1	1.16	1.19	1.23	1.59				
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Przeciętna wymiaru przodkowego wszystkich główek urodzonych wynosi zatém, jak wskazuje

Tablica XIV.

w położeniu	czaszkowém	11 cm.
„ „	twarzowém	10,16 „
„ „	pośladkowém	10,12 „
„ „	poprzecznėm	10,41 „

A przeciętną wymiaru poprzecznego wielkiego przedstawia:

Tablica XV.

dla położenia czaszkowego	8,85 cm.
„ twarzowego	8 „
„ pośladkowego	8,18
„ poprzecznego	8,37

Wpatrzywszy się teraz w tablice 11 i 13, widzimy, że dla położeń twarzowych i poprzecznych nie ma oznaczonego stopniowania w obu tych wymiarach, zaś dla położeń czaszkowych i pośladkowych dopiero od wymiarów najmniejszych dla dojrzałego płodu a nawet już od wymiarów płodów niedonoszonych, lecz większych poczyna się większe stopniowanie, gdyż począwszy od wymiaru prostego 10 cm., a wielkiego poprzecznego 7¹/₂ cm. W miarę powiększania się tych wymiarów liczba dzieci zrodzonych w położeniu czaszkowém zwiększa się, w położeniu zaś pośladkowém zmniejsza się i to do tego stopnia, że główki o największych wymiarach napotykają się tylko w położeniu czaszkowém. Odnośnie zaś do płodów z główkami o mniejszych wymiarach to stosunkowo również często one się rodzą w położeniu czaszkowém i pośladkowém, choć z drugiéj strony przyznać należy, że pośród dzieci zrodzonych w położeniu czaszkowém znacznie mniéj jest takich, których oba te wymiary główki są mniejsze, niż pośród dzieci zrodzonych w położeniu pośladkowém.

Tablice zaś 14 i 15 wykazują, że wielkość obu wymiarów znajduje się w pewném stosunku wyjąwszy dla położenia twarzowego, gdyż największy wymiar prosty przedstawiają dzieci zrodzone w położeniu potylicowém i u nich największy jest wymiar poprzeczny, oba te wymiary zmniejszają się u dzieci zrodzonych w położeniu pośladkowém. Dla położeń twarzowych wymiar prosty zaś zajmuje trzecie miejsce a wymiar poprzeczny czwarte miejsce, różnica wielkości obu tych wymiarów przeciętnéj główki płodu urodzonego w położeniu twarzowém a płodu urodzonego w położeniu pośladkowém jest nieznaczna, bo wynosi dla jednego

¹) Położenie czaszkowe. — ²) Położenie twarzowe. — ³) Położenie pośladkowe. — ⁴) Położenie poprzeczne.

wymiaru 0,04 a dla drugiego 0,18 i może być pominiętą.

Mianowniki główkowe wyrachowane z tych przeciętnych wymiarów głowek płodów urodzonych

Tablica 16.

w położeniu	czaszkowém	80,45
„ „	twarzowém	78,74
„ „	pośladkowém	80,83
„ „	poprzeczném	80,60

choć pod względem wielkości różnią się od danych znajdujących się w tablicy 9téj, jednak zachowują to samo stopniowanie, a zatém stwierdzają, że jak forma główki tak i wielkość wymiarów prostego i poprzecznego posiada pewien wpływ na powstanie położeń płodu.

Wiadomo zaś, że wielkość wymiarów główki po części tylko zależną jest od wielkości płodu, po części zaś jest samodzielną, a że jak wiadomo sama wielkość płodu ma wpływ na powstanie położeń płodu, słusznie zatém można zapytać: czy wielkość wymiaru prostego i poprzecznego posiada podobny wpływ sama przez się, czy w zależności od wielkości płodu? W odpowiedzi na to pytanie wyrachowaliśmy dla każdego położenia przeciętną stosunku tych wymiarów do długości płodu. Gdy długość płodu równa się 100, wymiar poprzeczny wielki wynosić będzie:

Tablica 17.

w położeniach	czaszkowych	=17,59
„	twarzowych	=16,48
„	pośladkowych	=18,46
„	poprzecznych	=17,49

A wymiar prosty

Tabl. 18.

W położeniach	czaszkowych	=22,43
„	twarzowych	=21,04
„	pośladkowych	=22,58
„	poprzecznych	=21,93

Te tablice pokazują, że oba te wymiary główki znajdują się w różnych położeniach w jednakowym stosunku; to jest: gdy przy jednakowéj długości dzieci urodzone w jednem z położeń posiadają jeden z tych wymiarów większy niż dzieci zrodzone w innych położeniach, to i drugi wymiar jest większy. Oba te wymiary wzrastają, począwszy od dzieci urodzonych w położeniu twarzowém, (u których te wymiary są najmniejsze) w położeniu poprzeczném, pośladkowém i czaszkowém. Tak więc wpływ wielkości tych rozmiarów na położenie płodu nie jest zależnym od stosunku wielkości wymiarów tych do długości płodu, lecz od samoistnéj ich wielkości.

Że zaś dane wykazane w tablicach 14 i 15 pod względem stopniowania różnią się od danych wykazanych w tablicach 17 i 18, zmuszeni jesteśmy przypuścić, że: Długość płodu, o ile ona zmienia wielkość wymiarów główki, ma wpływ na powstanie położeń płodu; czyli że wielkość wymiarów główkowych, od których zależy forma główki, tak samoistna, jak i zależna od długości płodu, jest jedną z przyczyn położeń płodu.

Tym sposobem opierając się na danych otrzymanych wymierzeniem 2.434 dzieci (zrodzonych w Petersburgu) mamy prawo postawić następujące wnioski:

1) Warunki etnograficzne posiadają pewien wpływ na powstanie położeń płodu.

2) Właściwością etnograficzną Petersburga jest wydawanie na świat dzieci przeważnie typu krótkogłowego.

3) Forma główki płodu posiada niezaprzeczenie pewien wpływ w powstaniu położeń płodu, mianowicie:

a) Długogłowość ułatwia powstanie położeń czaszkowych, utrudnia zaś powstanie położeń pośladkowych.

b) Średniogłowość ułatwia powstanie położeń pośladkowych i poprzecznych, utrudnia zaś położenia poprzeczne.

c) Krótkogłowość ułatwia powstanie położeń pośladkowych i poprzecznych, utrudnia zaś powstanie położeń czaszkowych; ta okoliczność prawdopodobnie objaśnia, że w Petersburgu rodzi się mniéj w porównaniu z innemi miejscami dzieci w położeniu czaszkowém a więcéj w położeniu pośladkowém i poprzeczném (zob. tablicę 2gą).

4) Wpływ ten jednak nie jest wyłączny i w powstawaniu położeń płodu grają rolę i inne momenty z formą główki nic wspólnego nie mające.

5) Wpływ formy główki na powstanie położeń płodu zależnym jest od wpływu wielkości wymiarów prostego i wielkiego poprzecznego główki.

6) Oba te rozmiary posiadają jednakowy wpływ na powstanie położeń płodu, lecz wpływ ten ich jest odmienny względnie od tego: czy wielkość tych obu wymiarów zależną jest od długości płodu, czy ona jest samoistna. W pierwszym bowiem razie w miarę powiększania się tych wymiarów powiększa się ilość dzieci, urodzonych podług następującego stopniowania położeń: twarzowe, pośladkowe, poprzeczne i czaszkowe, a zmniejsza się w odwrotnym stosunku.

W drugim zaś razie to stopniowanie będzie następujące: twarzowe poprzeczne, czaszkowe i pośladkowe.

7) Pogląd Heckera co do wpływu długogłowości na powstanie położeń twarzowych nie jest słuszny, gdyż długogłowość nie tylko wywołuje inne położenia, lecz i dzieci z innemi formami główek mogą się urodzić w położeniu twarzowém.

III. Oceny i sprawozdania.

Penzeri e Margary: **Archivio di ortopedia.**

Do licznego zastępu czasopism lekarskich przybywa jeszcze jedno i to wcale poważne. Jest niém Archiwum dla ortopedyi. Gałąź ta medycyny uległa w ostatnich czasach tak znacznéj przemianie, zakres jéj w obec nowoczesnego leczenia chorób kości i stawów tak się rozszerzył, że stanowi ona prawie odrębny a bardzo obszerny dział sztuki lekarskiéj, a jako taka zasługuje bez wątpienia na osobne czasopismo, któreby się zajmowało wyłącznie jéj sprawami. Należy się téż wszelkie uznanie Włochom, że myśl tę pierwsi podjęli i w czyn wprowadzili. Program nowego czasopisma bardzo obszerny: ma się ono zajmować nie tylko przyrządami ortopedycznemi, których znajomość dla lekarza jest konieczną, aby dla swego chorego umiał dobrać odpowiedni przyrząd i zkontrolować robotę rzemieslnika; w zakres archiwum mają wchodzić także wszystkie operacyje mające na celu poprawienie wrodzonych lub nabytych wad stawów i kości, zajmować się ma mięsieniem, gimnastyką, kąpielami, a szczególnie zwracać uwagę na środki zapobiegające rozwinięciu się wad kośćca. Program zaiste bardzo obiecujący, a mamy nadzieję, że ci co powołali Archiwum do życia, potrafią je utrzymać na pożądanéj wysokości. Pierwszy przynajmniéj zeszyt, który mamy przed sobą, odpowiada wszelkim wymaganiom. Obok kilku starannie opracowanych rozpraw oryginalnych, a mianowicie: „O operacyjném leczeniu zastarzałéj wrodzonéj stopy koźléj“ przez Dr. Margarego; „O stanikach używanych przy lecze-

niu bocznych skrzywień kręgosłupa przez Dra Secchiego; „O rzadkich zboczeniach odnóg dolnych leczonych z pomocą osteotomii przez Dra Panzeriego; Opis przypadku osteotomii pod krętarzem w celu poprawienia położenia odnogi dolnéj po zapaleniu stawu biodrowego przez Dra Mosara i statystyka operacyj wykonanych z powodu *genu vulgum* w szpitalach rzymskich przez Dra Cecierelliego, zawiera pierwszy zeszyt 21 dokładnyah streszczeń z odnośnych prac różnych autorów. Jeżeli jak się spodziewamy i dalsze zeszyty tak samo starannie będą redagowane, natenczas nowe Archiwum zajmie niepoślednie miejsce między istniejącemi czasopismami lekarskiemi a kolegom, którzy się specyjalnie zajmują tą gałęzią medycyny, moglibyśmy je jak najsumienniéj polecić.

Dr. H. Schramm.

R. Burkart: **O chronicznêm zatruciu morfinem i leczeniu jego.** (Dokończenie. Patrz Nr. 14).

Sposób leczenia tego cierpienia bywa dwojaki: albo odejmuje się chorym morfin na raz albo tylko stopniowo. Głównym zwolennikiem pierwszéj metody był Levinstein. Pierwotnie odbierał on chorym od razu morfin, tak że chory od chwili rozpoczęcia kuracyi już wcale go nie dostawał, chyba że wystąpiły objawy zapadu, grożne dla życia, które stanowiły wskazanie do jednorazowego zastosowania tego leku. Erlenmeyer o tyle zmienił postępowanie Levinsteina, że podczas pierwszych kilku dni leczenia chorzy otrzymywali choć małe dawki morfinu. Sposób leczenia Levinsteina, jak niemniéj i modyfikacyja Erlenmeyera posiadają bardzo liczne strony ujemne. Całe leczenie nie trwa wprawdzie bardzo długo, ale musi koniecznie odbywać się w szpitalu lub w zakładzie wyłącznie na ten cel urządzonym i wymaga nader wielkiéj sumienności ze strony posługi i ze strony lekarza. Objawy inanicyi morfinowéj, wśród tego leczenia występujące, są bowiem straszne, cierpienia chorych niezmierne, chorzy popadają w istny szał, wśród którego nie przebierają w środkach, byle tylko dojść do posiadania morfinu. Co gorsza, nawet wśród tego leczenia może nagle wystąpić zapad, prowadzący do śmierci, od któréj tylko natychmiastowe podskórne wstrzyknięcie morfinu może chorego uratować.

Drugi sposób, którego zwolennikiem jest także Burkart, polega na powolnêm zmniejszaniu dziennéj dawki leku. Leczenie to nie naraża chorego wcale na tak znaczne cierpienia, to téż nie trzeba koniecznie trzymać takich chorych stale pod ścisłym nadzorem. Wprawdzie leczenie w ten sposób prowadzone trwa nieco dłużéj i nie jest także zupełnie wolne od niebezpieczeństwa, ale wobec okoliczności, że dolegliwości chorego tu są nieznaczne i że Burkart lecząc w ten sposób osiągnął bardzo piękne skutki, bo 71% wyleczeń, zasługuje ten rodzaj leczenia z pewnością na pierwszeństwo. Burkart z początku podaje chorym taką dawkę morfinu, do jakiéj nawykli, a póżniéj zmniejsza z każdym dniem dawkę dzienną o 0·3—0·005. Zazwyczaj rozkłada całą ilość morfinu na 4 wstrzyknięcia: rano, przed południem, po obiedzie i wieczór. Po niejakim czasie zaprzestaje wstrzykiwać po południu, potém i przed południem, a na sam koniec dopiero zwykł zaniechać i wstrzykiwań wieczornych. Natomiast w miarę odzwyczajania się chorego od morfinu, po części i dla ułatwienia mu tegoż, podaje mu w regularnych odstępach czasu 0·03—0·09 makowca lub odpowiednio wielkie dawki nastoju makowcowego. Makowiec zażywa chory także jeszcze przez kilka dni po zupełnêm zaprzestaniu wstrzykiwań. W ten sposób zapobiega Burkart wystąpieniu objawów ogólnego zadrażnienia układu nerwowego pod koniec leczenia i wymiotom. Od makowca chorzy po tém bardzo łatwo odwykają. Jako środek pomocniczy wśród leczenia morfinizmu zaleca Burkart kąpiele zimne lub ciepłe, w miarę tego, które chory lepiéj znosi. Oprócz tego, jeżeli z końcem pierwszego tygodnia wystąpi ogólne znużenie i osłabienie, a przytém i czynność serca poczyna nieco słabnąć, podaje chorym dobre wino i koniak.

Jak długo kuracyja trwać będzie, nigdy z góry powiedzieć nie można. Zazwyczaj im dłużéj chory nadużywał morfinu i im większe dawki stosował, tém téż dłuższego czasu potrzebuje do zupełnego wyzdrowienia. Od tego ogólnego prawidła zdarzają się jednak dość liczne wyjątki.

Na podstawie doświadczenia, że u osób, które połykają znaczne ilości morfinu, występują podobne objawy zatrucia, jak u innych po wstrzykiwaniu podskórnêm i że z drugiéj strony osoby takie względnie łatwo potrafią odwyknąć od téj trucizny, zmienił Burkart w ostatnich czasach o tyle jeszcze swój sposób leczenia, że odbiera chorym strzykawkę, a za to doprowadza im przez usta znaczniejszą ilość morfinu i tę dopiero stopniowo z każdym dniem zmniejsza.

Wprawdzie nie wszyscy chorzy znoszą dobrze taką zmianę w sposobie zastosowania leku. U niektórych występują po zażyciu znaczniejszéj ilości morfinu rozpuszczonego w wodzie uporczywe wymioty, u innych z powodu niedostatecznego wessania trucizny przez błonę śluzową żołądka bardzo rychło występują objawy inanicyi morfinowéj, u innych zaś samo pierwotne cierpienie, które było powodem zbyt częstego zastosowania morfinu, wymaga bardziéj miejscowego działania tego leku, a więc wstrzyknięcia w pobliżu miejsca schorzałego, ból sprawiającego. Ogólnie biorąc chorzy przyzwyczajeni do znacznych ilości morfinu lepiéj znoszą tę zmianę aniżeli chorzy, których dawka dziennie przekraczała zaledwie 0·15. Zaletą tego postępowania jest przedewszystkiém to, że chory przekonawszy się, że i bez strzykawki żyć może, nabiera więcéj ducha i zaufania do lekarza. Morfin działa téż tą drogą bardziéj jednostajnie, wolne bowiem wsysanie przez błonę śluzową sprowadza słabszy wprawdzie ale dłużéj trwający i nie tak zmienny skutek. Wreszcie chorzy ci od małych ilości morfinu tą drogą stosowanéj bardzo łatwo mogą się odzwyczaić.

Przy tym sposobie leczenia objawy inanicyi bywają zazwyczaj bardzo słabe, czasem ledwie śladu ich dopatrzeć się można, choc z drugiéj strony i tu widziano często dość grożne zaburzenia stanu ogólnego.

Przed rozpoczęciem leczenia powinien się lekarz zastanowić nad tém, czy w przypadku tym kuracyja radykalna jest uzasadnioną lub nie. Jeżeli bowiem cierpienie lub bóle pierwotne, które doprowadziły chorego do nadużycia morfinu, nie dadzą się usunąć, to leczenie radykalne morfinizmu jest niestosownêm. Również niestosownêm, a nawet niebezpiecznêm, jest leczenie morfinizmu u ludzi wynędzniałych, wiekowych, ze słabą czynnością serca, u których już zatrucie trwa kilka lub kilkanaście lat. U takich chorych w najlepszym razie po przeprowadzeniu całéj kuracyi rozwinie się niewątpliwie cherlactwo prowadzące niechybnie do śmierci, które tylko przez ponowne wstrzykiwanie morfinu daje się pokonać. (Volkmann, *Klinische Vorträge*, Nr. 237).

Dr. Trzebicky.

Z. Lustgarten (Wiedeń): **O nowym przetworze rtęciowym.**

W ogólnych zarysach skreśla L. przebieg walki pomiędzy zwolennikami i przeciwnikami leczenia kiły przetworami rtęciowemi. Walka ta rozpoczęła się już w 14 tém stu-

eciu a do ostatnich czasów wre nie przechylając szali zwycięstwa stanowczo na żadną stronę. Zestawiwszy sposoby stosowania przetworów rtęciowych na skórę, podskórnie i drogą przewodu pokarmowego L. wylicza przetwory używane w tych celach i dochodzi do przekonania, że żaden z nich nie czyni zadość wymaganiom nowszych pojęć o leczeniu chorób.

Ta okoliczność skłoniła autora do przedsiębrania doświadczeń z nieużywanym dotąd przetworem, a mianowicie z garbnikanem rtęciawym, który sobie sam sporządził w pracowni chemicznéj prof. Ludwiga. Przetwór ten jest ciemno-zielonawo-żółtym proszkiem i zawiera 50% rtęci metalicznéj. Po podaniu tego przetworu rtęć ulega wessaniu szybko i w znacznéj ilości, jak się o tém przekonał z licznych rozbiorów moczu swoich chorych.

Wszystko zdaje się za tém przemawiać, że rtęć bywa chłoniętą w postaci nader drobniuchnych kuleczek po podaniu tego przetworu, w jakim narządzie jednak następuje utlenienie, na to nie podaje autor nawet hipotezy.

W klinice prof. Kaposiego miał L. sposobność doświadczyć znakomitéj skuteczności tego przetworu w kilku przypadkach, dziennie podawał po 0·3 *hydrarg. tannic. oxydul.* z olejocukrem w opłatku, a mianowicie po 0·1 grm. w pół lub godzinę po jedzeniu; dodawanie węglanów alkalijów uważa L. za szkodliwe, jak niemniéj używanie równoczesne wód zawierających węglany alkalijów, również nie należy podawać równocześnie jodku potasu.

Na podstawie dwunastu przypadków, których historyje chorób ogłasza, przyszedł autor do przekonania, że zapalenie błony śluzowéj jamy ust pojawia się stosunkowo nader rzadko przy użyciu tego przetworu a za największą zaletę tegóż przytacza, że pomimo podawania przez kilka tygodni nigdy nie spostrzegł zaburzeń w trawieniu, co zapewne połączeniu rtęci z garbnikiem przypisać należy. W końcu przyznaje autor, że liczba przypadków, na których czynił doświadczenia, jest nadto małą, aby na téj podstawie wysnuwać wnioski o wartości leczniczéj przetworu, pomimo tego jednak zasługuje on na zaliczenie w poczet innych używanych przetworów rtęciowych, chociażby tylko dla tego, że po jego używaniu nie występuje działanie uboczne rtęci wcale niepożądane. (*Wiener med Wochenschrift* 1884, N. 12, 13, 14).

Dr. Schaitter.

IV. Listy z „Zachodniego kraju."

II.

Kto znał wszechnicę św. Włodzimierza ucząc się w niéj przed laty, dziś ze zdziwieniem mógłby spoglądać na nią, jak ona mało zmieniła swoją zewnętrzną i wewnętrzną fizyjognomiję. Zmiany, które w jéj życiu zaszły, nie są korzystnemi, nie uwzględniono ani potrzeb, ani ducha czasu. Główny gmach uniwersytecki, w którym w jedném ze skrzydeł mieszczą się muzea, gabinety, sale wykładowe i biblijoteki, w drugim zaś kliniki, wspaniale imponuje przynajmniéj zewnętrznie swemi rozmiarami, choć o małych stosunkowo oknach na żółto pomalowany ma bardziéj pozór „Kazarmów" aniżeli zakładu naukowego. Naprzeciw niego przed laty kilku jeszcze roztaczał się plac pusty, osadzony do koła topolami, na środku proponowano wzniesienie posągu założycielowi Wszechnicy Mikołajowi I, lecz następnie mieszkający w Kijowie czas jakiś znany bogacz rosyjski książe Demidów-San Donato, przez lat kilka prezes miasta, chciał przeznaczyć fundusz na zbudowanie na tym placu nowych i tanich mieszkań dla studentów; nie doszło to jakoś do skutku i sprawa została w zawieszeniu a miasto odcięło tymczasem większą połowę placu, rozsprzedało go podzieliwszy na części i zamiast zakładów filantropijnych wznoszą się dziś na tych miejscach piękne gmachy profesorów-rajców miejskich. Wiele sal jest zajętych niepotrzebnie bezużytecznemi gratami, a tymczasem wykłady odbywają się w szczupłych i niedogodnych aulach. Nie mówiąc o niedogodnym planie całego budynku, poprzecinanego mnóstwem kurytarzy i sieni, same kliniki zupełnie nie odpowiadają higijenicznym współczesnym wymaganiom, których dawniéj architekt a dziś współczesna uniwersytecka władza nie uwzględniła; mają one niskie sklepienie, jak i w całym budynku niskie sufity z brakiem wszelkiéj wentylacyi, a do tego powietrze w całéj klinice terapeutycznéj zanieczyszczają przyległe wychodki. Klinika uniwersytecka składa się z czterech oddziałów: terapeutycznego, chirurgicznego, chorób ocznych i akuszeryi, ogółem ma do 40 łóżek i służy dla użytku studentów 4go kursu. Klinika położnicza mieści się na dole, a inne na górném piętrze. Dyrektorem kliniki terapeutycznéj jest prof. Meryng, zajmujący od lat kilkunastu katedrę, którą niegdyś zajmował Cycuryn. Chirurgiczną uniwersytecką klinikę zajął niedawno prof. Rinek po 30 letniéj działalności „zasłużonego profesora" Karawajewa, używającego szerokiego rozgłosu chirurga-technika, który jednak pomimo tego był rutynistą, niewierzącym w postęp nauki, a studenci z jego kliniki nie tylko że nie wynosili żadnych korzyści i że nie wyszedł żaden uzdolniony chirurg, ale nawet musiano po innych Uniwersytetach szukać następcy na opróżnioną katedrę po p. Karawajewie i takiego znaleziono w osobie Dra Rineka, wychowańca Akademii petersburskiéj, który prędko po objęciu kliniki miał ów nieszczęśliwy o to proces, że dokonał operacyi na ciężarnéj, rozpoznawszy u niéj torbiel jajnika, a która prędko potém zmarła. W każdym razie przez zmianę profesora, przez objęcie katedry przez człowieka jeszcze młodego i energicznego, jakim jest p. Rinek i studenci i nauka odniosą korzyść niezawodną. Klinikę chorób ocznych, długi czas osieroconą po ustąpieniu pierwszego jéj kierownika przez lat kilka, dzielnego i pełnego nadziei Aleksandra Iwanowa, zmarłego przed laty kilku z suchót za granicą, znanego powszechnie ze swych prac dotyczących patologii oka, zajął nakoniec po długich debatach, nieporozumieniach i zajściach wcale nie naukowéj natury, nie zbyt dawno p. Chodzin, założyciel specyjalnego pisma wychodzącego w Kijowie od Nowego roku pt. „Wiestnik oftałmołogij."

W klinice położniczéj i chorób kobiecych, posiadających ogółem dwanaście łóżek i wykazujących 60 do 70 porodów rocznie przez 8 miesięcy, bo, jak wiadomo, przez miesiące letnie kliniki są zamknięte, wielce do zeszłego roku utrudniało zajęcie wspólne z uczennicami położnictwa, jakich bywało na dwuletnich kursach do 200 i więcéj. Po trzydziestopięcioletniéj profesurze Matwiejewa, znanego w swoim czasie myśliwego i sportsmana, człowieka już zniedołężniałego wiekiem a tylko przez śmierć zeszłego z pola, od roku zajął miejsce prof. Rein. Oprócz tego w sali wykładowéj kliniki odbywają się teoretyczne wykłady bez chorych kilku etatowych i prywatnych docentów: Tołoczynowa i Szwartza chorób kobiecych, Jacenki, Ruścickiego chirurgii, Lipińskiego chorób dziecięcych i wielu innych.

Nadto w głównym gmachu odbywają się wykłady teoretyczne prof. Erhardta sądowéj medycyny i psychijatryi,

prof. Hejbla z farmakologii, który ma swoje dosyć obszerne laboratoryjum fizyjologiczne, chemiję wykłada prof. Szefer, a fizyjologiję prof. Thomsa, który, jak wiecie, przyjął wezwanie Uniwersytetu praskiego i rok ostatni pozostaje w Kijowie. Higijenę wykłada prof. Subotin. Większość profesorów są Niemcy, źle władający językiem rosyjskim, to jednakże u nas nie przeszkadza do wykładów, choć słuchacze nieraz bardzo mało ich rozumieją.

Kurs III medycyny uczy się praktycznie dyjagnostyki w oddziale szpitalnym na ulicy Rejtarskiéj pod kierunkiem docenta Dra Eugienijusza Affansiewa. Kurs zaś V medycyny odbywa praktyczne zajęcia w szpitalu wojskowym w cytadeli na Pieczersku, w téj samej, przy budowie któréj wypadła rządowi każda cegła po 10 kop. Budowano początkowo ten szpital na „kazamaty“ i dla tego on i dziś ma zupełny ich pozór, wąskie i ciemne kurytarze prowadzą do niskich podłużnych, o paru okienkach ciemnych sal, ogrzewanych żelaznemi piecami. W każdéj z sal stoi od 20 do 30 łóżek, wentylacyi nie ma żadnéj, powietrze okropnie zarażone miazmatami. Tam się mieszczą właśnie w części szpitala (bo cały szpital ma przeszło 2 tysiące łóżek) klinika terapeutyczna, kierowana przez prof. Trütschla, po zdolnym prof. Pokrowskim, i chirurgiczna, niegdyś przez długie lata kierowana przez prof. V. Hübbeneta a dziś prof. Bernhardta; pomimo bogatego materyjału, przeważnie chorych na choroby ostre, jaki przedstawia ów szpital, najopłakańsze warunki higijeniczne nie tylko leczeniu nie pomagają, które przy braku terapeutycznych środków, które są ograniczone w szpitalu, równa się zeru, lecz co gorsza przy podobném urządzeniu szpitala, pomimo 40 wojskowych lekarzy, jest on gniazdem wszelkich epidemij durzycy, na którą zapadają przybyli z innemi chorobami nowi chorzy, a gdzie operowani wciąż podpadają szpitalnym chorobom, ciągle tu grasującym.

Anatomo-patologiczny instytut mieści się w zupełnie osobnym budynku, odległym od głównego uniwersyteckiego gmachu na ulicy Pirogowa, według którego planu w czasie krótkiego jego pobytu jako kuratora w okręgu naukowym kijowskim, zbudowany został ten budynek. Krótki ten czas, w którym największy przedstawiciel uczonych, jakich kiedykolwiek wydała Rosyja, był kuratorem w Kijowie, pozostanie jedyną może najświetniejszą stronnicą w dziejach umysłowego życia południowo-zachodniego kraju. Atoli nie długo to trwało. Lecz wracam do przedmiotu. Na górnym piętrze instytutu mieszczą się: muzeum i gabinety, na dole laboratoryja, tak wykładowe jak i sekcyjne. Ostatnie to pomimo swéj wielkości grzeszy brakiem wszelkiéj wentylacyi, a co gorsza zupełnym niedostatkiem trupów. Muzeum anatomiczne bardzo niebogate w preparaty, a i te nawet, które posiada, są zebrane jeszcze staraniem niestrudzonego wileńskiego profesora Bielkiewicza. Następca jego w Kijowie, prof. Walther, obecny inspektor cywilnych szpitali w Warszawie, przez długie lata swego tam pobytu mało go wzbogacił, oddany redaktorskiemu zajęciu, wydając długo w Kijowie pisemko „Sowremennaja Medicina“ (Medycyna współczesna), które dla braku tak współpracowników jak prenumeratorów jednocześnie z wyjazdem redaktora z Kijowa istnieć przestało. Obecny profesor anatomii p. Bec jest uczniem Waltera, długi czas poświęcał się badaniom nad anatomiją mózgu i otrzymał najcieńsze preparata mikroskopijne mózgu, które przedstawił na ostatniéj wystawie w Wiedniu, otrzymawszy za nie nagrodę. Od niejakiego czasu za zezwoleniem władzy uniwersyteckiéj urządził w oddzielnym pawilonie mały zakład fotograficzny, w którym zdejmuje podobizny okazów anatomicznych a oprócz tego i rozmaitych rzadkości archeologicznych; p. Bec podobno w swym zakładzie wykonał fotografije „Hetmanów Ukrainy,“ którego wydawnictwa się sam podjął, a o czém krytyka miejscowa bardzo niepochlebnie się odezwała. W istocie wątpimy, aby szanowny profesor mógł dobić się doskonałości w sztuce fotograficznéj, wymagającéj i środków większych i bądź co bądź odpowiednich technicznych znajomości. Katedrę histologii normalnéj zajmuje p. Peremeszko, znany ze swych licznych prac specyjalnych mikroskopijnych.

W muzeum patologiczném przeważają téż rozmaite preparaty wileńskie, bardzo liczna kolekcyja patologicznych okazów kości, mistrzowską ręką wykonane preparata wnętrzności Czermaka, starannie wykończone preparata rozgałęzień nerwów najdrobniejszych na ręku zrobione przez Aleksandra Siemaszkę a wreszcie zmumifikowane ciało pewnego wileńskiego zakonnika, znalezione w podziemiach kościoła dominikańskiego w Wilnie, o co długo spór toczył się z Uniwersytetem, zanim Śniadecki przyczynił się do tego, że się zakończył na jego korzyść i ciało mniemanego świętego zostało własnością publiczną. Wiele ciał petryfikowanych szczególnie w miejscowościach piaszczystych przechowuje się w suchych sklepach po starych kościołach. Do rzędu tych należy ciało osławionego posła Sicińskiego na Litwie w Upicie, które przed kilku laty jeszcze walało się w kościele tamtejszym. W muzeum jako rzadkość archeologiczna zwraca na siebie uwagę kolekcyja 200 kołtunów zwanych *plica polonica*, każdy z nich miał przed laty osobne nazwanie należąc do pewnéj klasy.

Katedrę anatomii patologicznéj przed laty zajmował prof. Kozłow, późniejszy wysoki dostojnik państwowy w Petersburgu, naczelnik Akademii medyko-chirurgicznéj a następnie w czasie wojny tureckiéj główny wojenno-lekarski inspektor, za którego rządów jednocześnie prawie ze sprawą nadużyć generał sztab-doktora marynarki Busza wykryto nierząd i straszną przedajność w departamencie wojenno-lekarskim, zarządzanym przez Kozłowa, choć tego ostatniego osobiście o nadużycie posądzać nie można było. Po nim katedrę patologii przez długie lata zajmował prof. Macon a w ostatnich czasach urządzono dwie katedry: patologii ogólnéj, którą zajął zdolny uczeń Virchowa prof. Chrząszczewski z Charkowa, który dziś porzuciwszy naukę oddał się przeważnie medycynie praktycznéj. Przed laty z jego laboratoryjum wychodziło najwięcéj prac specyjalnych. Tu téż przez lat kilka pracował docent histologii patologicznéj Dr. Mikołaj Affanasiew, młody i zdolny pracownik, uczeń niegdyś prof. Lambla w Charkowie, Virchowa i Ludwiga, który w czasie ostatniéj wojny wschodniéj przyjąwszy częściowy zarząd osławionego szpitala wojskowego na Pieczersku, o którym już wspominałem, gdzie bez wojny wtenczas tylu lekarzy poginęło z tyfusu, a w którym się zaraził i prof. Pokrowsky, przy swym wątłym organizmie prędko stał się również ofiarą téj choroby. Pogrzeb wyprawiony mu przez studentów był prawdziwą uroczystością, rzadko się zdarzającą wśród miejscowych stosunków w Kijowie. Młodzież w uroczystym pochodzie wieczornym niosła transparent z wielce znaczącym nadpisem „profesorowi i człowiekowi“. Bo téż w istocie Affanasiew, którego znać miałem jeszcze dawniéj sposobność, byłato osobistość wyjątkowo na ubogiéj naszéj naukowéj niwie zjawiająca się, jeden z najdostojniejszych kapłanów nauki, oddany jéj przez całe życie. Umarł w biedzie żyjąc ze

skromnéj płacy rocznéj 1200 rs. Wspomnienie przechowywane ze współczuciem dla biednego pioniera nauki u dawnych jego uczniów niech mu będzie jedyną nagrodą! Z licznych prac Affanasiewa zamieszczonych w rozmaitych wydawnictwach niemieckich wspomnę tylko o ostatniéj, ogólnéj patologii Wagnera, którą przetłumaczył z niemieckiego, z licznemi swemi spostrzeżeniami, a czém niewątpliwie przysłużył się rosyjskiéj literaturze. Katedrę anatomii patologicznéj po starym Maconie zajął p. Münch, b. prosektor patologicznéj anatomii w szpitalu miejskim w Odesie, co wróży jéj lepszą przyszłość.

Przy kierunku, jaki obecnie w Uniwersytecie kijowskim zapanował, gdzie nie osobista zasługa, ale protekcyja a jak słusznie jedno z pism miejscowych się wyraziło i niemieckie nazwisko, toruje drogę do profesury, same miernostki wciskają się szczególnie w Wydziale lekarskim, w którym katedry profesorskie jak u lekarzy tak i w opinii saméj publiczności stały się dożywotnią synekurą, dającą jakich może 30.000 rs. rocznéj intraty, dla tego to do nich tak cisną się wszyscy. Polaka między profesorami dziś nie ma żadnego, a musicie wiedzieć, że żaden z Polaków katolików nie może zająć posady asystenta Uniwersytetu, ani téż żadnéj w ogóle rządowéj w kraju zachodnim, nawet jako lekarz. Pozostaje więc tylko nam jedyna praktyka lekarska na prowincyi, jeżeli chcemy pozostawać pracując w kraju, o któréj zresztą będę miał możność pomówienia w przyszłych moich listach.

Przemianowanie przed parą laty Akademii medycznéj w Petersburgu na zakład czysto wojskowy i zniesienie dwóch pierwszych kursów wpłynęło na losy wszystkich Wydziałów lekarskich w Rosyi, przepełniając je słuchaczami, szczególnie w Moskwie i w Kijowie. W tym ostatnim na 1500 studentów jest przeszło 1000 medyków, a w téj liczbie do 200 Polaków. Niedostatek szkół lekarskich sprowadził tu młodzież polską z rozmaitych najdalszych okolic Litwy, czego przedtém nigdy nie bywało, lecz korzystanie z nauki jest wielce dla studentów medycyny utrudnioném przy małych środkach i ubogim materyjale, jakiemi rozporządza Uniwersytet, aby mógł pomieścić na kursie od 450 do 500 studentów. Dla tegoto z rozporządzenia p. Ministra Oświecenia w następnych latach liczba studentów medycyny nie ma przewyższać 150 na kursie. Środek ten zapobiegnie takiemu napływowi młodzieży, pozbawionéj wszelkiéj możności do studyjowania. Wydział zaś lekarski Uniwersytetu św. Włodzimierza, idąc za ogólnym prądem antysemickim, na wniosek prof. medycyny sądowéj i policyi lekarskiéj Erhardta, postanowił przytém ograniczyć liczbę studentów żydów do 10% na kursie.

Na zakończenie słów parę o naszych towarzystwach lekarskich, do których, jak już wspomniałem w przeszłym liście, mogą należeć lekarze zamieszkali w miastach. Towarzystwa ciągną swój żywot ospale i leniwo, a prototyp ich wszystkich, Towarzystwo wileńskie, nie daje prawie żadnych oznak życia; lekarze zajęci tam ciężką walką o byt powszedni, i brak im i chęci i czasu do pracy naukowéj. Towarzystwo lekarskie wileńskie nie drukuje nawet protokołów swoich posiedzeń podobno w żadném z pism lekarskich, choć przed kilku jeszcze laty spotykaliśmy się ze sprawozdaniami Dra Lewandowskiego, umieszczanemi od czasu do czasu w jedném z pism lekarskich w Warszawie, a dziś i tego nie stało.

Towarzystwo lekarskie kijowskie, choć o wiele młodsze, do czasu przynajmniéj może więcéj się rusza, młodzi lekarze na posiedzeniach przedstawiają swoje spostrzeżenia praktyczne a w braku organu swego drukują protokoły swoich posiedzeń w miejscowych politycznych dziennikach. Lecz nieserdeczne tamtejsze stosunki pomiędzy kolegami wywołały i w Towarzystwie rozdwojenie, do którego na 200 przeszło lekarzy w mieście zamieszkałych należy 128, a w téj liczbie 18 Polaków. Większość profesorów odzywa się o Towarzystwe z lekceważeniem i zaledwie kilku z nich bierze udział w jego pracach. Towarzystwo utrzymuje się ze składki wstępnéj wynoszącéj 5 rs. od członka, innych funduszów nie posiada. Biblijoteka jego bardzo niezadowalająca i uboga, pism peryjodycznych nie posiada, a więc z tego wszystkiego widzicie, że i działalność Towarzystwa w takich warunkach jest więcéj niż skromna. *Jan Iłgowski.*

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

○ Siarkan miedzi jako środek przeciwgnilny w położnictwie. Dr. Charpentier, który był przez większą część roku zeszłego zastępcą profesora kliniki położniczéj w Paryżu, czynił doświadczenia nad skutecznością siarkanu miedzi jako środka przeciwgnilnego i odwietrzającego w położnictwie. Wyniki dochodzeń odczytał niedawno na jedném z posiedzeń Akademii lekarskiéj w Paryżu a mianowicie, iż zdaniem jego siarkan miedzi może korzystnie zastąpić kwas karbolowy i inne środki przeciwgnilne używające rozgłosu nie wyjmując nawet sublimatu, który wielkie znajduje zastosowanie. Dr. C. używa siarkanu miedzi w rozczynie w stosunku 1:100 a przypisuje mu następne korzyści: zupełną nieszkodliwość dla chorych, umiarkowaną cenę, łatwość manipulacyi, skuteczne przymioty przeciwgnilne i odwietrzające, pojawiające się prawie bezzwłocznie po zastosowaniu. Wynika z tego, że i w chirurgicznéj praktyce własności te mogą się okazać skutecznemi. (*The Lancet*, 1884, I, Nr. 13, str. 593).

○ Dr. Jabłoński z Poitiers otrzymał srebrny medal za usługi oddane na stanowisku sekretarza Rady zdrowia departamentu de Vienne.

○ Pończochy antymon zawierające. W pewném małém miasteczku meklemburskiém pojawił się u dziecka wyrzut na nogach po noszeniu jasno niebieskich pończoch, a któryto wyrzut lekarz poczytał za powstały z powodu, iż pończochy zawierają arsen. Aptekarz wykrył istotnie arsen i otrzymał w przyrządzie Marsha zwierciadło. Równie i inny chemik do tego samego doszedł wyniku, a z 7miu skonfiskowanych par uznał, że cztery zawierają mniéj lub więcéj arsenu. Chemicy berlińscy, którym poruczono jeszcze badanie, wykazali, że nie rozchodzi się tu o arsen ale o antymon, że pończochy zawierają znacznie ilości w wodzie rozpuszczalnych połączeń antymonowych, że pończochy nie dobrze były farbowane, że więc może zachodzić związek przyczynowy między wyrzutem a ilością zawartego w pończochach antymonu. (*Deutsch. Wochenblatt f. Gesundhtspflege u. Rtngswesen*, 1884, Nr. 7).

○ Królowa Tahiti bawiąca obecnie w Paryżu odwiedziła między innemi także i Zakład dla głuchoniemych i nadmieniła, iż nigdy nie widziała głuchoniemego na Tahiti, gdyż ułomność ta dotąd nie jest znaną na téj wyspie. (*The Lancet*).

○ Przed kilku laty rozpoczęto wyrób emetyku na wielką skalę we Francyi. Przetwór ten sprzedawano po cenie 5 franków za kilogram. Następnie podjęli Niemcy fabrykacyję i sprzedawali przetwór po cenie 3 franki za kilogram, przynosząc szkodę przemysłowi francuskiemu. Obecnie powagi tak francuskie jak niemieckie na polu farmakognozyi podają, iż wyrób niemiecki zawiera przeszło 40% kwasu szczawiowego i jest równie szczawianem jak winianem antymonowym i potasowym. Skutki lecznicze dwóch tych przetworów różnią się wielce, aptekarze więc dobrze zrobią, jeżeli się przekonają, o jakości zapasów. (*The Lancet*).

○ Następujące szczegóły o zeszłorocznéj epidemii włośnicowéj w Emersleben (w Saksonii) i okolicy, która dość szerokiego nabrała rozgłosu, wyjmujemy z okólnika z d. 28 lutego r. b. wydanego przez pruskie Ministerstwo oświaty.

Epidemija rozpoczęła się w Emersleben, gdzie 12 września zabito wieprza włośnicą dotkniętego i sprzedawano mięso z niego częścią w samém Emersleben a częścią w okolicy już 13 i 14 września mniéj więcéj pomięszane z inném zdrowém mięsem. Większa część téj mięszaniny mięsa dostała się do Deesdorf i Nienhagen. Dla tego téż epidemija wystąpiła w tych miejscowościach z różném nasileniem. W Emersleben zapadło 270 osób a z tych 53 zmarło (19·6%); w Deesdorf zapadło 45 osób a z liczby téj zmarło 10 (22·2%); gdy w Nienhagen z liczby 80 osób zapadłych, jedna tylko zmarła. Prócz tego zapadło w mieście Groeningen 4 osób, z tych 2 zmarło, w klasztorze w Groeningen zapadło 3 osób a w Schwanebeck 1. Ogółem zachorowało 403 osób a zmarło 66 (13·9%). Co do czasu zapadnięcia po spożyciu mięsa, to w Emersleben zmarło po jednéj osobie już w dniach 18, 20 i 21. W 4ym i 5 tygodniu zmarło po 8 osób, w 6 tyg. 11, w 7 tyg. 9, w 8 tyg. 5, w 9 tyg. 2, w 10 tyg. 4, w 11 tyg. 2, a w 13 tyg. 1. Ze znacznéj liczby dzieci, które zachorowały, zmarł jeden tylko 12-letni chłopiec. W 6 zwłokach osób dorosłych zmarłych w Emersleben oprócz włośni w mięśniach znaleziono téż i włośnie w kiszkach w znacznéj ilości, w każdym preparacie 14—16 sztuk. W jednych zwłokach z człowieka bardzo tłustego znaleziono nadzwyczaj nie wiele włośni mięśniowych, w wielu preparatach nawet żadnych, za to wiele włośni kiszkowych.

Nasilenie objawów chorobowych i stopień śmiertelności widocznie zależały od ilości włośni w mięsie wieprzowém i od ilości spożytego mięsa. W tym względzie zasługuje na uwagę, że pomarli wszyscy, którzy spożyli 125 grm. lub więcéj. Co do wszystkich zmarłych wykazano, iż pożywali mięso surowe niegotowane. Czy zawinił w tym przypadku oglądacz mięsa, nie wykazało dotąd śledztwo sądowe. Lekkie przypadki spostrzegano téż po spożyciu kiełbas, kotletów i kiszek, gdy mięso włośnicowe przy gotowaniu i pieczeniu nie było wystawione na wpływ takiego gorąca, aby było zupełnie ugotowane, ale gdy zawierało części surowe w niektórych miejscach.

Wobec tego zwraca Ministerstwo pruskie uwagę na niebezpieczeństwo wyniknąć mogące z używania mięsa surowego i niedogotowanego. (*Deut. Wochenbl. f. Gsndhtspflege u. Rtngswesen*, 1884, Nr. 7.)

Statystyka epidemij. W tygodniu od 23—29 marca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 54,2. Z ospy umarło 22 (10 z. t.); z płonicy 1 (0 z. t.); z błonicy 2 (1 z. t.); z duru osutkowego 1 (3 z. t.). Doniesiono w tymże tygodniu o 9 przypadkach ospy, 2 ospicy, 2 odry, 1 płonicy, 1 błonicy. W tygodniu od 16—22 marca umarło z ospy w Londynie 3, leczyło się w szpitalach 208, świeżo zapadło 68. W Petersburgu i w St. Louis umarło po 1, w Paryżu, Brukseli po 6, w Glasgowie i Madrycie po 2, w Liwerpolu, w Warszawie, w Nowym Orleanie po 3, w Birminghamie i Murcyi po 4, w Wiedniu 5, w Kalkucie 8, w Pradze 28, w Madrasie 139. Z duru brzusznego umarło w Genewie 21 osób. Z duru osutkowego umarło w Warszawie, Saragosie i Granadzie po 1, w Petersburgu po 2, w Madrasie 4. Odra zabrała wiele ofiar w Wiedniu, Paryżu i Petersburgu. W Kalkucie umarło z cholery od 20—26 stycznia 10, w Bombayu od 13—19 lutego 7, w Madrasie od 30 grudnia do 4 stycznia 18 osób.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 16—22 marca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 34,6; w Warszawie 30,7; w Poznaniu 24.8; w Wiedniu 30,2; w Pradze 39,3; w Tryjeście 33,3; w Berlinie 23,4; we Wrocławiu 33,2; w Gdańsku 28,5; w Kolonii 23,5; w Mnichowie 30,6; w Dreźnie 22,5; w Lipsku 25,3; w Bazylei 25,6; w Brukseli 27,3; w Amsterdamie 25,3; w Hadze 23,7; w Paryżu 26,5; w Londynie 20,6; w Kopenhadze 22,2; w Stokholmie 26,3; w Chrystyjanii 35,7; w Petersburgu 44,1; w Odesie 33,8; w Wenecyi 28,5; w Bukareszcie 53,0; w Madrycie 30,7; w Lizbonie 30,7; w Aleksandryi 28,0; w Filadelfii 20,2; w Bombayu 24,5; w Madrasie 68,4. *J. B.*

Śmiertelność we Lwowie (liczącym 115.544 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). Zmarło od 9 do 15 marca r. b. 74 osób, co odpowiada śmiertelności na rok i 1000 mieszkańców 33·3. W tym czasie zmarło 4 osób z płonicy, 2 z krztuśca, 1 z duru brzusznego a 2 z gorączki połogowéj.

Od 16 do 22 marca r. b. zmarło 65 osób, co odpowiada śmiertelności na rok i 1000 m. 29·3. W tym czasie zmarła 1 osoba z błonicy, 2 z krztuśca, 2 z duru brzusznego, 1 z gorączki połogowéj.

Od 23 do 29 marca r. b. zmarło 78 osób, co odpowiada śmiertelności na rok i 1000 m. 35·1. W tym czasie umarła 1 osoba z ospy, 1 z błonicy 3, z krztuśca, 3 z duru brzusznego.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 9 kwietnia. Na ostatniém posiedzeniu Wydział lekarski zamianował mag. farmacyi Antoniego Wachtla na rok dalszy demonstratorem przy katedrze farmakologii, oraz przedstawił Ministerstwu Oświecenia Dra Romana Wodyńskiego do nominacyi na dalsze 2 lata asystentem przy katedrze anatomii patologicznéj.

* Zwracamy uwagę na ogłoszenie c. k. Namiestnictwa, poniżéj umieszczone, odnoszące się do egzaminów rządowych, w maju r. b. odbyć się mających.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Bukareszt.** Tytularny profesor Dr. Glück, asystent prof. Bergmanna w Berlinie, powołany został do ojczyzny swojéj jako zwyczajny profesor chirurgii.

* **Odznaczenia.** Radzca rządowy prof. Maschka w Pradze otrzymał szlachectwo austryjackie. — Słynny oftalmolog Dr. Mooren w Düsseldorfie otrzymał tytuł tajnego radzcy lekarskiego, a b. lekarz zdrojowy w Szczawnicy, Dr. Onufry Trembecki tytuł radzcy cesarskiego. — Referent spraw lekarskich w król. Czeskiém, Dr. Pissling, przeniesiony na własne żądanie w stan spoczynku, otrzymał order korony żelaznéj 3éj kl. w uznaniu znakomitych zasług w publicznéj służbie zdrowia.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 14: Meyersona: O przeszkodach przy usuwaniu rurki tracheotomijnéj (dok.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 14: Modrzejewskiego: O sztucznéj błonie bębenkowéj i jéj zastosowaniu: Chełchowskiego: Przypadek przewlekłéj puchliny komórek mózgowych; Rakowskiego: Ocena dobroci nafty kaukaskiéj.

Na fundusz wsparcia sierot po jednym z lekarzy prowincyjonalnych nadesłali: Dr Strojnowski (ze Lwowa) 5 złr. N. N. kolega (z górnego Śląska) 6 mk. = 3 złr. 55 kr., Dr Dura (z Krzeszowic) 3 złr. Dr. Kruk (z Limanowy) 2 złr. Dr. Prohaska (z Brzostka) 2 złr. Dr. Sakowski (z Horodenki) 2 złr. Dr. Wurst (z Cieszanowa) 2 złr. Dr. Węgrzynowski (z Rohatyna) 1 złr., P. Aptekarzowa Melchertowa (z Rohatyna) 1 złr. P. Kadajski z Tłustego 1 złr. Razem zatem z poprzednio wykazanemi 67 złr. 55 kr.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. M. w L. Obydwa listy szan. Kolegi i rękopism otrzymaliśmy.

Do Nru dzisiejszego dołącza się ogłoszenie o c. k. Zakładzie zdrojowym w Krynicy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 3084
pr.

Ogłoszenie.

W myśl rozporządzenia Wys. Ministerstwa spraw wewnętrznych z dnia 18 Września 1875 odbędą się egzamina lekarzy i weterynarzy, przepisane rozporządzeniem Wys. Ministerstwa spraw wewnętrznych z 21 Marca 1873 (dz. u. p. l. 37), w celu uzyskania stałéj posady w publicznéj służbie zdrowia przy władzach administracyjnych, w Maju rb., a to dla lekarzy w Krakowie, zaś dla weterynarzy we Lwowie.

Prośby o przypuszczenie do tegoż mają być wniesione najdaléj do 20 Kwietnia r. b., do c. k. Namiestnictwa we Lwowie przez dotyczące c. k. Starostwa i zaopatrzone w dowody wymagane §. 7ym względnie 17ym powyżéj powołanego rozporządzenia.

Z Prezydyjum c. k. Namiestnictwa.

We Lwowie dnia 4 Kwietnia 1884.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	5 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	2 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	1 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 19 kwietnia 1884. **№ 16.** Rok XXIII.

I. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

Nowy przyczynek do sposobów badania żołądka.

Rzecz wykonana w pracowni téjże kliniki

przez

Dra W. Ant. Gluzińskiego, asystenta téjże kliniki, i Dra W. Jaworskiego, docenta w Uniw. Jagiell.

Podczas gdy badanie innych narządów tak w stanie fizyjologicznym jak i patologicznym dzięki ich przystępności lub metod użytych dało możność nawet w drobniejszych odcieniach do wyrobienia sobie pewnego zdania co do rozpoznawania, nie daleko posunęliśmy się naprzód w obec żołądka i jego zmian. Wszak nigdzie może, jak w przypadkach chorób żołądka, nie jest lekarz więcéj zawisłym w rozpoznawaniu i oznaczaniu wskazań leczniczych od podmiotowych uczuć pacyjenta, wszak po największéj części ani oglądanie i obmacanie, ani wypuk i przysłuch nie dają nawet wskazówek pod względem domyślenia się sprawy, która toczy się u chorego. I inaczéj też być nie może w obec anatomicznego położenia żołądka; sposoby, które wystarczają do określenia zmiany w płucach, sercu i t. d., użyte do badania żołądka, wystarczą nam może zaledwie do oznaczenia dolnéj granicy, lub wymacania guza i t. d., nie dadzą nam jednak najmniejszego pojęcia o stanie błony śluzowéj narządu, o jego czynnościach, co stanowi właśnie podstawę przeważnéj części zmian żołądkowych.

Nauka musiała szukać innych metod, któreby choć w części doprowadzały ją do celu. Wprowadzenie w użycie przez Kussmaula zgłębnika żołądkowego było już ważnym postępem; oprócz innych zalet wskazał on drogę, którą postępować należy, aby stworzyć nowe metody, ułatwiające rozpoznanie.

Jakie to mają być te sposoby, wyrozumować łatwo, wziąwszy do pomocy tylko analogiję z innych jam podobnie anatomicznie ułożonych i podobnie zbudowanych, np. pęcherza moczowego. Oprócz cewnika w tym ostatnim dwa sposoby pozostają jeszcze do badania, t. j. przekonywamy się za pomocą odpowiednich przyrządów wprost o stanie błony śluzowéj, lub częściéj badamy zawartość wydalaną, a z jéj składników wnosimy o stanie narządu, który ją wydzielił lub przechowywał. Analogija zupełna, nic więc dziwnego, że starano się obydwie metody zastósować do badania żołądka. Dowodem tego wziernik żołądkowy Mikulicza, który jakkolwiek nie czyni zadość wymaganiom i czeka na ulepszenia, ale wskazuje że i tę część narządu ludzkiego można zrobić dla oka przystępną. Prostszą zdawała się druga metoda, t. j. badanie treści; niedająca wprawdzie téj pewności, co oglądanie gołém okiem ścian żołądka, w braku jednak innych jedyna, która na teraz może dać wskazówki, jeżeli już nie do pewnego rozpoznania, to przynajmniéj do racyjonalnego postępowania leczniczego, bo pouczająca nas o prawidłowéj lub nieprawidłowéj jednéj z czynności organu, a w drugim razie o kierunku, w którym zboczenie nastąpiło.

Nic dziwnego, że metoda ta zyskała zwolenników, jak Kussmaula, Ziemssena, Leubego, Pentzolda, Ebsteina, Ewalda i innych, a wyraz dał temu Leube w artykule p. t. *Zur Diagnostik der Magenkrankheiten* (*Deutsch. Arch. f. Klin. Med. t. XXXIII.*) podając sposób, jak metodę tę najłatwiéj i najpraktyczniéj wykonać.

Z inicyjatywy prof. Korczyńskiego, poparci jego radą i odstąpieniem odpowiedniego materyjału, wykonaliśmy szereg doświadczeń w tym kierunku, a dzieląc się uwagami nad tym sposobem badania i rezultatami otrzymanemi czujemy potrzebę podania naprzód w krótkich słowach opisu metody, którą dla krótkości nazwiemy „Leubego“.

Składa się ona z dwóch części: *a*) z badania mechanicznéj funkcyi żołądka i *b*) z sposobu wydostania czystego soku, aby z rozbioru tegoż można poczynić wnioski odpowiednie.

Część Isza. Doświadczenia Leubego, Pentzolda i innych wykazały, że np. obiad złożony z rosołu, porcyi beafsteaka i chleba u ludzi zdrowych po 7 godzinach opuszcza już zupełnie żołądek tak, że wypompowana wtedy treść jest zupełnie przeźroczystą; jeżeli więc po zjedzeniu o godzinie 12téj w południe, obiadu złożonego z wyżéj podanych potraw założymy zgłębnik o godzinie 7méj wieczorem, a w wypompowanéj treści znajdziemy niestrawione części spożytych pokarmów, przekonamy się już o jedném zboczeniu narządu, t. j. niedostateczném wydalaniu pokarmów z żołądka do dwunastnicy. To część pierwsza badania.

Część IIga odnosi się do badania soku o ile można czystego.

W celu dostania tegoż musimy zadrażnić błonę śluzową żołądka zupełnie próżnego, a więc na czczo będącego, pewnemi bodźcami czyto mechanicznemi, chemicznemi, czyto termicznemi. Leube podaje sposoby, jak wszystkiemi temi drogami sok otrzymać. Pierwsze jednak dwie (mechaniczna, drażnienie zgłębnikiem i t. d., chemiczna, wlanie odpowiednio przyrządzonego roczczynu węglanu sodowego) są mniéj-odpowiednie, najdogodniejsza i najpraktyczniejsza jest droga trzecia, która da się streścić w tych słowach:

100 cm. sz. wody lodowéj wlewa się przez zgłębnik do żołądka, o którym przekonano się poprzednio, że jest próżny. Po wyjęciu zgłębnika czeka się minut 10, po upływie tego czasu i wlaniu 300 cm. sz. wody destylowanéj wypompowuje się dokładnie całą treść.

Woda lodowa była tu bodźcem termicznym, który działał minut 10. a wypompowana ciecz stanowi sok żołądkowy naturalnie znaną ilością wody (300 cm. sz.) rozcieńczony.

Treść tę bada Leube w dwóch kierunkach:

1) jakie jest jéj oddziaływanie; — w tym celu do części dodaje nalewki lakmusu;

2) jaka jéj siła trawiąca, a dla jéj stwierdzenia bierze się 30 cm. sz. treści, dodaje się w razie potrzeby (jeżeli sam sok nie oddziaływał kwaśno) nieco HCl, a włożywszy mały kawałek białka kurzego i wstawiwszy w miejsce o ciepłocie 37—40° C. uważa się na czas strawienia. Postępując tą drogą mamy mieć możność przekonania się: pierwsze czy czas trawienia jest prawidłowy, a stwierdziwszy takowy u chorego z niewątpliwemi przypadami niestrawności skierować rozpoznanie, a ztąd i leczenie ku gastralgii, może ku okrągłemu wrzodowi żołądka, a zwłaszcza ku niestrawności nerwowéj (Leube); drugie dowiedzieć się jaki jest sok badanego, czy oddziaływa kwaśno lub nie i jaka siła jego trawiąca. Na podstawie swoich doświadczeń w tym kierunku dokonanych Leube dochodzi do następujących skąpych wniosków:

1) żołądek zdrowy zadrażniony użytym bodźcem termicznym wydziela energicznie sok żołądkowy; czasem jednak bodziec ten nie wystarcza;

2) w przypadkach wszystkich ciężkiéj niestrawności, jeżeli tylko nie rozwijały się na podstawie nerwowéj trawienie jest znacznie opóźnione, a treść otrzymana przez działanie bodźca termicznego, nie zawierała prawie nigdy HCl i pepsyny.

Tyle co do sposobu postępowania Leubego.

Zabierając się do wyrobienia sobie zdania nad tym sposobem badania na własném doświadczeniu opartego już przy pierwszych próbach spotkaliśmy pewne niedogodności i niedokładności, których usunięcie kazało nam metodę tę częściowo zmienić, częściowo uzupełnić.

Oznaczenie czasu trawienia przez pompowanie w 7 godzin po zjedzeniu rosołu, porcyi beafsteaka i chleba nie okazało się tak bezwzględném, jak to Leube podaje. Całą tę sprawę omówimy przy innéj sposobności, tu tylko nadmienimy, że ta część badania i z powodów następujących przedstawiła się nam jako niepraktyczna. Zdarzały się nam przypadki i to nie rzadko, że chorzy miewali po kilka razy dziennie wymioty, które nie dozwalały dotrzymać spożytego pokarmu do należytego czasu; u innych łaknienie było tak podupadłe, że żadne sposoby nie pomagały, aby ich nakłonić do spożycia przepisanéj dyjety; zresztą za długi przeciąg czasu (7 godzin) dla niektórych chorych, i trudność upilnowania, aby się rzeczywiście od wszelkiego brania pokarmów wstrzymali, a ztąd trudność w zastosowaniu dla lekarza praktycznego.

Powody te, którym każdy przyzna słuszność, kto się praktycznie zajmie tą sprawą, skłoniły nas do odstąpienia od téj części metody. Znając jednak ważność poznania czasu trawienia szukaliśmy sposobów dogodniejszych i według naszego zdania znaleźliśmy. Sprawą tą zajmujemy się jeszcze i podamy ją w osobnej rozprawie.

Przystępujemy do części drugiéj. I ta część tak jak ją Leube podał w praktyczném zastosowaniu okazała się nam mniéj ściśle skonstruowaną; uważaliśmy za konieczne i potrzebne uzupełnienie jéj. Ponieważ mianowicie oznaczenie oddziaływania wypompowanego płynu tylko przez oznaczenie zabarwienia, jakie przyjmuje z nalewką lakmusu, dla wyrobienia sobie zdania o jakości treści, okazało się niewystarczające, postanowiliśmy oznaczać stopień kwaśności względnie alkaliczności przez miareczkowanie w pierwszym razie 10cio normalnym roczynem ługu sodowego, w drugim 10cio normalnym kw. solnego, a nadto w każdym przypadku poszukiwać wolnego HCl, do czego użyliśmy sposobu Małyego.

Chcąc zaś być ścisłym należało się nam także zastanowić nad samą techniką, że się tak wyrazimy, metody. W tym celu wypadało odpowiedzieć na następujące pytania:

a) czy woda lodowa jest wystarczającym bodźcem do wydzielania soku?

b) czy czas 10 minut do zadrażnienia jest najodpowiedniejszy?

c) czy ilość 300 cm. sz. wody destylowanéj do rozcieńczenia użyta jest stosowną?

Te trzy kwestyje roztrzygnęliśmy w sposób następujący.

Wprowadziwszy do żołądka próżnego 300 cm. sz. wody destylowanéj o ciepłocie ciała (37°C) i wypompowawszy ją natychmiast przez porównanie wyników rozbioru téj treści z wynikami otrzymanemi przez działanie wody lodowéj (0°C) ocenimy siłę zadrażnienia téj ostatniéj. Dwie załączone tabliczki dają wyniki robionych w tym celu doświadczeń.

Woda o ciepłocie 37° C.

	Nazwisko	Oddziaływanie	Próba na HCl	Śluz	Trawienie samo	Trawienie z HCl
I.	F. P.	alk. 0·3	—	sporo	nie straw.	straw. po 12 godz.
II.	R. M.	alk. 0·2	—	ślad	„	po 10 g.
III.	T. W.	oboj.	—	—	„	„
IV.	P. S.	kw. 4·0	ślad	—	po 12 g.	—
V.	Z.	4·8	„	—	po 6 g.	—
VI.	L.	7·2	wyraż.	0	po 6 g.	—

Woda o cieplocie 0° C.

	Nazwisko	Oddziaływanie	Próba na HCl	Śluz	Trawienie samo	Trawienie z HCl
I.	F. P.	kwaś. 5·0	ślad	—	po 5 g.	—
II.	R. M.	1·8	—	—	nie straw.	po 5 g.
III.	T. W.	1·0	—	—	„	po 9 g.
IV.	P. S.	7·2	wyraź.	—	po 5 g.	
V.	Z.	13·0	b. wyr.	—	po 4 g.	
VI.	L.	12·6	„	—	po 5 g.	

Rzut oka na te tabliczki przekonywa nas dokładnie, że na pierwsze pytanie, t. j. czy woda lodowa jest wystarczającym bodźcem do wydzielania soku żołądkowego, możemy odpowiedzieć twierdząco.

Wynik tych rozbiorów z drugiéj strony nasuwa pytanie, czy zdanie powtarzane o braku soku w żołądkach na czczo będących jest prawdziwém. Badani przez nas godzin 16 (od 6 wieczorem — 10 rano) nic nie spożywali, treść wydobyta była przeźroczystą, wolną od wszelkich resztek niestrawionych pokarmów, badanie nie wykazało w niéj ani peptonów ani cukru, a mimo to w przypadkach IV, V, VI [1]) wydostaliśmy treść oddziaływającą kwaśno, która zawierała wolny HCl i trawiła. Wprowadzenie samo miękkiego elastycznego zgłębnika (u ludzi do tego przyzwyczajonych), ani woda o cieplocie ciała, która po wlaniu natychmiast była wypompowaną tak, że cały akt zaledwie 1—2 minut trwał, nie mogły tak dalece zadrażnić. Zresztą nie rzadko znajdowaliśmy wśród tych samych warunków bez poprzedniego wlania wody w żołądkach ciecz przeźroczystą, a badanie jéj wykazało, że byłto rzeczywiście czysty sok żołądkowy.

Nie wypowiadając na teraz w tym względzie stanowczego zdania, nie rozstrzygając czy to należy jeszcze do objawów fizyjologicznych czy nieraz już patologicznych (Reichmann), a zanotowawszy tylko sam obserwowany fakt wracamy do rozstrzygnięcia następnego pytania, jaki przeciąg czasu ma działać woda lodowa?

Najodpowiedniejszym naturalnie będzie ten czas, po upływie którego najdzielniejszą treść otrzymać będziemy mogli. Tabliczka załączona wyjęta z kilkunastu w wynikach z sobą zgodnych posłuży do rozstrzygnięcia.

Czas	Ilość wypomp.	Stopień kwaśności	Próba na HCl	Trawienie
5 min.	400	3·6	?	po 11 g. straw.
10 min.	335	9·0	wyraźna	po 4 g.
15 min.	315	5·8	ślad	po 9 g.
20 min.	270	3·8	?	po 10 g.

Najwybitniejsze zadrażnienie wodą lodową nastaje po upływie 10 minut, sok był wtedy najkwaśniejszym i najszybciéj trawił. Czas więc używany w metodzie jest zupełnie odpowiedni. (C. d. n.)

[1]) Przypadków takich mamy więcéj, których dla oszczędności miejsca nie wciągnęlismy.

II. Kazuistyka lekarska w Turcyi.

Zebrał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 15).

Wypadałoby mniemać, że w miarę posunięcia się na południe Turcyi azyjatyckiéj okrycie głowy i w ogóle odzież powinna odpowiadać stopniowi ciepłoty klimatu. Spostrzegamy jednak co innego. Mieszkańcy bowiem północnych okolic Anatolii noszą wprawdzie tylko co wspomniane „fezy.“ zawsze jednak okręcają je długą chustką, pasem lub kawałkiem tkaniny kolorowéj. Jedni tylko Łazi, niepraktykujący zwyczaju golenia głowy, okrywają ją wygodnym „Baszłykiem,“ jakkolwiek wełnianym także, to jednak niezmniejszającym przewiewu skórnego. Gdy zaś zbliżymy się ku Armenii i Kurdystanowi, mianowicie przebiegniemy okolicę od Muszu i Bitlisu aż ku zachodniéj granicy perskiéj i wybrzeży Tygru, strój ogólny mieszkańców tak muzułmanów jak i chrześcijan, zadziwi każdego swym ciężarem i ilością części go składających. Kurd np. cały odziany wełną, nie zważając na porę roku chroni swą głowę od upałów zarówno jak i od zimna, okrywając ją najprzód filcową czapeczką, którą okrywa kilkunastoma różnokolorowemi chusteczkami, a to wszystko okręca grubym również wełnianym pasem. Zdejmowanie tego okrycia następuje bardzo rzadko, i ma miejsce najczęściéj tylko wtedy, gdy dokuczliwe cierpienie skórne lub całe roje ruchliwych żyjątek wypowiedzą otwartą walkę niedbalstwu. Wtedy więc okrycie zdejmują, czyszczą je z grubsza i znowu po niejakiéj chwili wciskają na głowę. To samo tyczy się i ogólnego ubioru. Wełnianą kurtkę, rodzaj koszuli, rzadko zmieniają. Chroniąc jakoby od promieni słonecznych jest ona środkiem wywołującym najprzód obfitą wydzielinę skórną, a następnie, działając pochłaniająco, do tego nasyca się stopnia, że poprostu przeobraża się w powłokę nieprzenikalną. Takieto wełniane okrycie przy zręczności poddane badaniu dla dowiedzenia się o jakości wydzieliny skórnéj, wykazało, że zawiera fosforany wapienne i żelaziste, chlorany potasu i sody, kwas octowy i pewną ilość istoty organicznéj. Łatwo więc zrozumieć, że długotrwałe pozostawanie skóry w zetknięciu z podobnie nasyconą tkaniną sprzyja bardzo powstawaniu stanów chorobowych, nagabujących głównie warstwy gruczołów skórnych.

Za przykładem Kurdów postępują i sąsiadujący z niemi Ormijanie. U tych ostatnich do wrodzonéj niedbałości względem utrzymania czystości ustroju wypada jeszcze dodać zwyczaj mieszkania w podziemnych grotach, gdzie dym i kurz całemi warstwami układać się zwykły na ciele osób, pozostających w stałém z niemi zetknięciu. Oba więc te plemiona prawdziwie rywalizują z sobą co do rozmaitości i ilości przypadków chorób skórnych, tak że pozostawiając osady wiejskie mieszkańców téj okolicy, wypada nam dobiedz aż do Mussulu (starożytnéj Niniwy), ażeby zapoznać się z plemieniem Chaldeów, przekonać się, że u nich dbałość o higijenę skóry znajduje choć częściowe zastósowanie. Tutaj więc spostrzegamy najprzód zwyczaj czesania i strzyżenia włosów. Okrycie głowy u Chaldeów stanowi lekka płócienna pikowana czapeczka, zwana „Terlik,“ obwiązywana cienkim i lekkim najczęściéj płóciennym a niekiedy i jedwabnym szalikiem. Całe ubranie stanowią lekka koszula, szerokie z białego płótna szarawary i tyftykowy chałat, pod każdym względem wygodne i sprzyjające przewiewowi skóry. Chaldejczycy praktykując zwyczaj mycia się przed wyjściem

z domu, raz na tydzień odwiedzają zakłady kąpielowe, o których czystość nadzwyczaj są dbali. I choć używają piżma i olejku pomarańczowego do ogólnych nacierań ustroju, w celu jakoby zmniejszenia wydzieliny potnéj, choć posługują się wyskokiem z daktyli jako środkiem mającym niszczyć pasorzyty skórne, to jednak i pośród nich przypadki cierpień skórnych nie są rzadkiém zjawiskiem, z tą tylko różnicą, że czas ich trwania bywa zwykle krótszym i siła rozwojowa daleko łagodniejszą. Wreszcie plemiona arabskie zamieszkujące doliny Mezopotamii i rozrzucone po pustyni na południo-zachód od Bagdadu o ile pod względem ogólnéj higijeny pozostawiają wiele do życzenia, o tyle znowu strój ich i okrycie głowy odpowiadają wymaganiom klimatu. Duża kwadratowa chustka zwana „Kiefie,“ wełniana lub najczęściéj jedwabna, koloru żółtego lub ciemno-granatowego, stanowi całe okrycie głowy, zabezpiecza ją od słońca, pyłu, piasku i wiatru pustyni, lecz za to całym strumieniom potu pozwala osiadać na szyi i ramionach, zwykle pozbawionych stósownego okrycia. To też te ostatnie okolice ciała u Arabów-beduinów prawie bez wyjątku bywają siedliskiem chorób skórnych. Z całéj zaś liczby wymienionych plemion jedni tylko Syryjczycy noszą się czysto i odpowiednio do wymagań klimatu. Lecz i pośród nich szczątki dawnéj sekty Izmaelitów, zamieszkujących wsie na przestrzeni od Sydonu do Jerozolimy, stanowią prawdziwy kontrast ze względu na grubą i ciężką odzież i zupełną niedbałość w utrzymywaniu powłok skórnych w jakiéj takiéj przynajmniéj czystości. To téż pośród téj właśnie sekty dają się spostrzedz jeszcze do dziś dnia prawdziwe biblijne przykłady trądu, gdzieindziéj w Turcyi bardzo rzadkiego. Wspomnieć mi jeszcze wypada o góralach z okolic Smirny i Ajdynu, słynnych Zebekach, którzy, jakkolwiek wszyscy muzułmanie, nie obserwują jednak żadnych religijnych praktyk, kilkorazowego mycia się na dzień, całe życie przechowują brudną powłokę pamiętającą jeszcze kolebkę i do najwyższego stopnia wstrętni samej myśli spotkania się z wodą, dostarczają najobfitszą ilość przykładów chorób skórnych bardzo złośliwych.

Ze wszystkich zaś okolic ustroju, nogi bywają najstaranniéj pielęgnowane przez mieszkańców Wschodu. Muzułmanin jest do tego zmuszony przepisami religijnemi. Myje więc je kilka razy na dzień i zwykle stara się je utrzymać we wzorowéj czystości. Chrześcijanin czyni to dla tego, że bardzo pospolita tu własność niezwykłego pocenia się nóg, którą uważamy u wszystkich tutejszych mieszkańców, zmusza ich do zwrócenia na to uwagi już choćby tylko dla saméj przyjemności osób pozostających z nimi w styczności.

Broda wreszcie jest przedmiotem ciągłych starań, mianowicie u Turków i Persów. I o tyle, o ile pierwsi utrzymują brodę starannie i tylko w rzadkich przypadkach bywają narażeni na cierpienia skórne właściwe téj okolicy, to przeciwnie Persowie, zamieszkujący Bagdad i Kerbele, farbując brodę raz na rudo to znowu na brunatno używanemi przez siebie swoistemi kosmetykami, oddziaływają bardzo szkodliwie na warstwę gruczołów skórnych, czego następstwem bywają zwykle przykłady bardzo uporczywego wyprysku, a w najlżejszych przypadkach trądzik również niełatwy do wyleczenia.

Mówiąc o kąpielach wschodnich wspomniałem o murzynkach, zasługujących teraz na obszerniejsze zapoznanie się z budową ich skóry. Pomijając dwa znane pokłady, naskórek i tkankę komórkowatą podskórną, przechodzę od razu do uwzględnienia tylko trzeciéj warstwy, śluzowo barwikowéj. Warstwa ta składa się: 1) z pokładu istoty śluzowéj utworzonéj przez ułożenie się w oczkach tkanki komórkowatéj wydzieliny gruczołów sączących istotę białą; 2) z istoty barwikowéj, utworzonéj przez właściwe gruczołki i wydzielonéj na powierzchnię istoty białéj. Podług znanych prac drobnowidowych warstwa barwikowa składa się z ciałeczek okrągławych i spłaszczonych. Ciałeczka te tworzą warstwę cienką i jednostajną, są jasne i przeźroczyste. Jeżeli jednak są ułożone jedne na drugich, co czyni ich warstwę daleko grubszą, wtedy tracą przeźroczystość i dają skórze odcień żółty lub brudno czarny. I o ile warstwa barwikowa jest grubszą, o tyle téż i skóra bywa bardziéj czarniejszą. U spotykanych téż tu Negrów obojéj płci warstwa barwikowa jest bardzo grubą, dającą się uważać za rodzaj błony podskórnéj, którato okoliczność połączona z grubością naskórka, czyni, że skóra Negrów jest bardzo mało wrażliwą tak na działanie promieni słonecznych, jak i na ukłócia owadów, tak dokuczliwych i przykrych, mianowicie w pustyni. Ileż to bowiem razy zdarzyło mi się podróżować po Eufracie z na pół nagim mieszkańcem tych okolic, którego skóra okryta rojami najrozmaitszych owadów wzbudzała prawdziwe politowanie! Dla niego jednak byłato rozrywka. Cieszył się naiwnie widokiem osiadających go much, podczas gdy my nie mogliśmy znaleźć sposobu do przyczynienia sobie choćby chwilowego spokoju. Doświadczenie jednak przekonało, że Negrzy pozostający na tureckim Wschodzie, dość często są dotknięci stanami zakażeń chorobowych. Zołzy i kiła, gruźlica i rak nie są u nich rzadkiemi. Że zaś każde z zakażeń oddziaływa stanowczo na zmniejszenie się warstwy barwikowéj skóry czyniąc ją daleko delikatniejszą, więc téż i u pozostających tu Negrów zwykliśmy spotykać téż same nawet cierpienia skórne, jakie uważamy pośród innych warstw tutejszéj ludności. Zdaje się jednak, że rybia łuska i łuszczyca są im zupełnie nieznane.

Jeszcze parę słów o jakości skóry u mieszkańców tureckiego Zachodu widzę za konieczne dodać, jako uzupełnienie powyższego rzutu oka na ogólną jéj higijenę i przyczyny sprzyjające powstawaniu chorób skórnych. Skóra pomimo jednostajnéj swéj anatomicznéj budowy przedstawia jednak wyraźną różnicę co do jakości, podług wieku, płci, ras, klimatu, zajęć i temperamentu. Skóra Beduina, spalona słońcem, różni się bardzo od biało-różowéj skóry wschodniéj odaliski. Skóra wieśniaczki nie przedstawia powierzchownie żadnego podobieństwa ze skórką cienką i prawie przeźroczystą mieszkanek miast. Również znajdujemy bardzo wydatną różnicę między skórą osób krwistych i limfatycznych. Różnice zaś te zależą po większéj części od więcéj lub mniéj znacznego rozwoju tkanki naczyniowéj komórkowatéj, tłuszczowéj, a także i warstwy gruczołów skórnych. Jedném słowem co do jakości można skórę podzielić na **tłustą** i **suchą**. Pierwszą z tkanką komórkowatą bardzo obfitą, gruczołami limfatycznemi i potnemi bardzo rozwiniętemi, posiada znaczna ilość Turków, Ormian obojéj płci i niektórzy z czarnych rzezańców. Druga, posiadająca tkankę komórkowatą mniéj obfitą, rzadszą, gruczoły potne mniéj rozwinięte, jest właściwą Grekom, mieszkańcom archipelagu Sporadów, Kurdom, Lazom, Arabom i w ogóle plemionom miast i wsi anatolijskich. Stosownie téż do tego podziału skóry na tłustą i suchą i cierpienia warstw ją składających są także różne. Jeżeli więc u otyłych Ormian lub Turków spotykamy najczęściéj pokrzywkę, świerzb, wyprysk wilgotny, świerzbiączkę, pewne stany znieczuleń skóry, wilka i trądzik w dwóch

jego odmianach, to u osób ze skórą suchą wyłącznie występują stany chorobowe takie, jak liszaje, świerzb, parch, łuszczyca, prosówka itd. U Negrów zaś prócz powyżéj wspomnianych chorób skórnych występują jeszcze stany zależne od zgrubienia warstw barwika, od zmian zaszłych w jego jakości lub od zmniejszonéj jego wydzieliny, a zatém Lentigo i Viteligo. Kobiety zaś, do jakiéjkolwiek należą narodowości, nie przedstawiają tu nic szczególnego pod względem rodzaju chorób skórnych, którym ulegają tak dobrze jak i mężczyźni. I jeżeli rzadziéj spotykamy pośród nich cierpienia pęcherzyków włosowych, świerzb lub wyprysk, to nie dowodzi to wcale, że choroby te są obce płci pięknéj wschodu, a tylko wskazuje większą dbałość o higijenę powlok skórnych. Niemniéj jednak prosówka, świerzbiączka, potówka, bywają u nich bardzo częste. Mniéj niż mężczyźni ostrożne w żywieniu się produktami morza, kobiety tutejsze dają bardzo liczny kontyngens przypadków bardzo dokuczliwéj pokrzywki, panującéj wszechwładnie w każdym prawie haremie. Stosowne jéj leczenie, a jeżeli podobna to i szybkie usunięcie, nie dla jednego lekarza bywa nieraz prawdziwym kłopotem, często gorsze mającym skutki niż traktowanie np. stanów zapalnych skóry, wywolanych mechanicznie przez nieostrożne używanie sławnéj tutejszéj Rusmy.

Po tym ogólnym poglądzie na higijenę powłok skórnych ludów tureckiego wschodu i po uwzględnieniu przyczyn miejscowych sprzyjających powstawaniu cierpień skórnych, uzupełnię jeszcze moje opowiadanie treściwym wykazem przyczyn tak zewnętrznych jako i wewnętrznych, mechanicznych lub fizycznych, które także odgrywają niemałą rolę w wywoływaniu właściwych chorób skórnych u tutejszych plemion. Za pierwszą z przyczyn mechanicznych wywolujących obrażenia skóry podaję ukłucia owadów lub pasorzytów, takich jak złośliwe muchy arabskie, pluskwy i pewien gatunek skorpiona z okolic Mendyli w Kurdystanie. Z ukluciami tego ostatniego mieszkańcy są tak oswojeni, że bez obawy sypiają w miejscach weń obfitujących i po ukąszeniu nie doświadczają żadnych pojawów prócz zaczerwienienia skóry, w rzadkich tylko przypadkach przechodzącego w stan róży. Daleko przykrzejszemi bywają tu powikłania, wywolane powolnym uciskiem pewnych okolic ciała. Podróże stale odbywane konno lub na wielbłądach wywolują odleżyny, bolesne zgrubienia skóry, a głównie częste jéj zaczerwienienie i nieunikniony w każdym przypadku wyprysk. Z przyczyn fizycznych oddziaływających szkodliwie na powłoki skórne zacytuję tylko wysoki i nisk stopień ciepłoty. Pierwszy u mieszkańców Mezopotamii i Syryi wywołuje opalenia od stopnia łagodnego zapalenia aż do prawdziwych nieraz oparzeń. Uważałem je przedewszystkiém u osób odbywających dniem podróże w pustyni. Pojawy zaś wywołane zimnem powszechnie są znane. Tutaj obrażenia tego rodzaju dają się spostrzegać pośród mieszkańców północnéj Armenii, mieszkających najczęściéj w bardzo źle opatrzonych ziemiankach. Z przyczyn zaś pośrednich, wywołujących pewne stany chorobowe skóry, wypada zacytować działanie istot żrących i ostrych, a zatém roztczyn niegaszonego wapna do utrwalenia ceglastego koloru paznokci, po zastosowaniu proszku z t. zw. Henne; oddalanie włosów ze wzgórka łonowego za pomocą wapna i arszeniku; działanie wyłącznie przygotowanego ługu na ręce praczek. Daléj wyrzuty skórne u farbiarzy, mianowicie w Elszaku, Damaszku i Musulu, przy barwieniu welny używanéj na dywany lub nici przeznaczonych do wyrobu tutejszych płócienek i tkanin tyftykowych; wreszcie rozmaite stopnie zapalenia skóry u robotników pracujących nad wyrobem pewnych gatunków słodyczy wschodnich, jak np. Lukum, Halwa, zarabianych i mięszanych przy bardzo silnych ogniskach. Dodam jeszcze, że w pewnych okolicach Turcyi europejskiéj i po wybrzeżach morza Czarnego między Herakleją i Bafrą, gdzie uprawiają kukurydzę i żyto, zauważono przypadki zapaleń skóry, których wywołującym powodem był sporysz lub grzybki niszczące ziarna kukurydzy bezwzględnie spożywanéj.

Znając więc teraz przyczyny sprzyjające powstawaniu chorób skórnych na tureckim wschodzie, niezapominając i o wpływie usposobień ustrojowych, przejdziemy do właściwego przedmiotu, mianowicie do zapoznania się z przykładami spostrzeganych tu cierpień skórnych, takiemi jednak tylko, które zasługują na uwzględnienie już to przez swój miejscowy charakter, już téż to z powodu oryginalności i rzadkości.

Pierwszym z oryginalnych przykładów chorób skórnych, jaki w ciągu długiego pobytu w prowincyjach azyjatyckiéj Turcyi miałem sposobność często spostrzegać i poddać ścisłemu badaniu, cierpieniem właściwém tym tylko okolicom, jest tak zwany guz alepski, *Bouton d'Alep*, po turecku *Hurma czyban*. Cierpienie, noszące niewłaściwą tę nazwę, jest to kilkanaście ugrupowanych lub rozrzuconych gruzełków skórnych, niebolesnych, w ciągu kilku miesięcy swego trwania owrzodzających skórę, wytwarzających strupy wilgotne, które odpadają łuskami, i po upływie krótszego lub dłuższego czasu gojące się zupełnie, pozostawiając tylko bliznę jako ślad przebytego cierpienia. Jakkolwiek sama nazwa zdaje się wskazywać umiejscowienie się choroby tylko w okolicach Alepu, to jednak tak nie jest, bo plemiona zamieszkujące całą przestrzeń od wybrzeży morza Śródziemnego aż do zachodniéj granicy Persyi od północno-zachodnich dolin Eufratu aż do Basory i Fao, bezwarunkowo wszystkie ulegają temu cierpieniu, nazywając je podług miejscowości guzem bagdadzkim, musulskim lub diarbekirskim. Co do typowéj formy guza i czasu jego przebiegu i trwania aż do dojścia do zupełnego rozwoju we wszystkich miejscowościach przedstawia on téż same cechy. Tylko w sile samego cierpienia daje się zauważyć pewna różnica. Najzłośliwszym i najtrwalszym jest guz alepski i musulski, po nim idzie bagdadzki i diarbekirski i wreszcie guz atakujący plemiona Beduinów w pustyni syryjskiéj. Ztąd więc osoby, które spłaciły haracz temu dziwnemu cierpieniu przez pobyt w Alepie lub Musule, mogą być najzupełniéj pewne, że udając się do Diarbekiru i Bagdadu nie będą więcéj narażone na nowe ukazanie się guza. Dzieje się jednak przeciwnie, gdy mieszkańcy tych ostatnich miast udają się na północ i zachód prowincyi, z góry bowiem mogą być pewni, że nie unikną spotkania się z nowym wyrzutem.

Siedliskiem guza bywają najczęściéj twarz, nos, powieki, czoło, wargi, niekiedy okolica podszczękowa, rzadko głowa a bardzo często zewnętrzna powierzchnia odnóg dolnych. Znane są jednak przykłady, że cierpienie to usadawia się na pewnych tylko okolicach ciała, np. na nosie u Ormijan, na czole i powiece górnéj u Greków, na policzkach u Turków i Arabów, na grzbiecie ręki u Chaldeów i Izraelitów, jakby usiłowało okazać, że w istocie posiada pewną skłonność do zaznaczania sobą tych lub owych plemion miejscowych.

(C. d. n.)

III. Kazuistyka lekarska.

Pięć spostrzeżeń z warszawskiego szpitala dla dzieci wyzn. mojżeszowego małż. Bersohnów i Baumannów.

Opisał Dr. **Ludwik Wolberg**,
miejscowy lekarz szpitala.

W szpitalu dla dzieci, w którym corocznie po kilkaset dzieci bywa leczonych, często spotykamy przypadki ciekawe bądź co do objawów, bądź co do przebiegu. Niestety jednak najciekawszych przypadków, których istotę zwykle tylko po śmierci przy otwarciu zwłok dokładnie rozpoznaćby można, nie podobna ogłosić, gdyż sekcyj w szpitalu nie wykonywamy w obawie, żeby zabobonny ogół uboższych żydów, sprzeciwiający się temu, dla nas naukowemu, a dla nich antireligijnemu dociekaniu, nie zaniechał powierzania swych chorych dzieci szpitalowi. — Nic dziwnego przeto, że najpiękniejszy materyjał ginie i dla lekarzy szpitala i dla literatury lekarskiéj; pozostają tylko okruchy, mniéj lub więcéj dokładne, któremi pomimo tego z czytelnikami podzielić się pragnę, ze względu na to, że w naszéj literaturze w ogóle nader rzadko spotykamy opisy pedyjatrycznych przypadków, a to z przyczyny, że do większych szpitali nie przyjmują dzieci, a ilość specyjalnych szpitali dziecięcych jest nieznaczną. — Brak sekcyj pozwala mi ogłosić te tylko przypadki chorobowe, których objawy tak są jasne, że rozpoznanie staje się pewném.

Tych kilka słów wystarczy, aby wytłumaczyć pewne braki w opisie poniższym, wiadomo bowiem, że piszący kazuistyczne artykuły, zwykle posiłkują się całokształtem przyi padku chorobowego, a najbardziéj oczywistemi dowodamsekcyi, aby gruntownie udowodnić rozpoznanie saméj choroby, podczas gdy mnie wolno tylko, podobnież jak przy łóżku chorego, z objawów i przebiegu wnioskować o istocie rzeczy.

1) Purpura simplex.

W marcu 1883 r. przyjąłem do szpitala 10-letnią dziewczynkę, Mindlę Emden, osłabioną, lekko gorączkującą, któréj skóra była pokryta szczególnego rodzaju sinemi plamkami. Choroba ta rozpoczęła się nagle, dwa tygodnie przed przybyciem choréj do szpitala; wówczas gorączkowała ona silniéj niż obecnie, doznawała łamania w odnogach górnych i dolnych, była bardziéj osłabiona niż obecnie, a następnie w różnych miejscach ciała ukazały się drobne sine plamki, którym towarzyszyło krwawienie z dziąseł. W nocy dziewczynka często kaszlała a nad ranem krztusząc się spluwała sporo plwociny, zabarwionéj czerwono, prawdopodobnie krwią wypływającą z dziąseł.

Badając dziewczynkę przekonałem się, że cera twarzy jéj jest zdrową, białoróżową, pod powiekami sinawe obwódki, a na prawéj dolnéj powiece jedna sinawa plamka, wielkości małego ziarnka grochu. Więcéj plam na twarzy nie ma, a wedle opowiadania matki nigdy ich więcéj na twarzy nie było. — Ciało dziecka delikatnie zbudowane, kości cienkie, powłoki białe, żył rozszerzonych nie znać, umiarkowana ilość tłuszczu nadaje ciału zaokrąglenie, właściwe dzieciom. Gruczoły limfatyczne nie powiększone. Ani w tkance podskórnéj, ani w stawach żadnych obrzęków, ani wysięku. Na całéj skórze, a przeważnie na piersiach, na brzuchu i na udach widzimy mnóstwo krwawych, ciemno-sinych plamek, wielkości od łebka szpilki aż do dużego grochu. Niektóre plamki są jaśniejsze, jakby różowo-niebieskiéj barwy, inne ciemniejsze, granatowo a nawet ciemno zielone, co zależy od zwykłych zmian barwika krwi, takich samych, jakie zachodzą z biegiem czasu w zwykłym siniaku.

Na grzbiecie i na krzyżu ilość plamek znacznie mniejsza, natomiast na pośladkach wielka ich obfitość. Na przednich powierzchniach obu goleni kilka dużych sinych plam, dochodzących wielkości dwugroszniaka. Pod naciskiem palca postacie te wcale nie znikają, ani nie zmieniają barwy. W środku niektórych większych plam przy nacisku wyczuwamy nieznaczną twardość, zależną od grudki ściętego włóknika. Przeciąwszy jednę z mniejszych plamek, przekonałem się, że treść jéj stanowi krew. — Szczegółowo badając wewnętrzne narządy, czynności ciała i wydzieliny nie znalazłem w nich nic chorobowego. Wielkość i tony serca najzupełniéj prawidłowe, granice płuc, śledziony i wątroby normalne. Apetyt dobry, jedno wypróżnienie codziennie, nie zawierające ani krwi, ani śluzu; mocz bez krwi i białka, w zwykłéj ilości. W płucach jedynie znalazłem zastarzały nieżyt oskrzeli, wyrażający się zaostrzeniem oddychania z metalicznym przydźwiękiem, rozlanym po obu płucach. Tętno miękkie, 80 razy na minutę, a ciepłota w dniu przybycia (12 marca) wynosiła 38,2°C. Pewne zmiany widoczne też były w jamie ust, mianowicie dziąsła w koło korzeni zębów cokolwiek obrzmiałe i lekko krwawiące. Przy nacisku na nie palcem ropa nie wypływa, ani też nie dostrzegłem na nich żadnego zniszczenia tkanek.

Matka opowiedziała mi, że jéj dziecko nie przebyło żadnych osłabiających chorób, nie cierpiało nigdy na gościec, ani też w rodzinie jéj nigdy podobnéj choroby nie spostrzegano. — Wysypywanie się tych plamek trwało przez sześć dni, rozpoczęło się na piersiach, następnie na brzuchu, a potém na odnogach górnych i dolnych. Krwawienie z dziąseł jednocześnie wystąpiło z pierwszemi plamkami, a nadto z drobnych zdrapań na wargach, jakotéż po przypadkowém zarznięciu się w rękę krew dosyć długo ciekła; prawda, że jéj nie tamowano wcale. Dziecko czuło się nie źle, było jednak trochę osłabione i doznawało ciężkości w nogach. Mdłości, zawrotu lub bólu głowy, szmerów w żyłach domózgowych, ani w ogóle znaków, wskazujących bladaczkę, nie znalazłem. Po rozszerzeniu źrenic atropinem zbadałem dna obu ócz i znalazłem prawidłowy ich stan; tarcze obu nerwów zupełnie białe, dna różowe, naczynia zwykłéj szerokości, a wylewów krwawych wcale nie ma. Mikroskopowego badania krwi zaniechać musiałem dla braku przyrządów w szpitalu. Z opisanych objawów i na zasadzie wywiadów łatwo było wykluczyć krwawiączkę, która bywa dziedziczną i w któréj wejrzenie dziecka innêm jest zupełnie jak u pacyjentki. Następnie wykluczam szkorbut, cechujący się też charłaczém wejrzeniem i owrzodzeniami na dziąsłach. Pozostaje rozpoznanie: *Purpura simplex (v. rheumatica?)* różniąca się od podobnéj formy t. zw. *Purpura haemorrhagica v. morbus maculosus*, bólami reumatycznemi, lekką gorączką i obecnością plam przeważnie na skórze, bez udziału błon śluzowych i narządów wewnętrznych.

Cierpienie to rzadko spotykamy u dzieci. W ciągu 3½-letniego pobytu mego w szpitalu, spostrzegałem tylko ten jeden przypadek. Przez ten czas mieliśmy przeszło 1200 dzieci w szpitalu, a przeszło 20.000 w ambulatoryjum. Förster podaje (*Gerhardt's Handbuch für Kinderheilkunde*), że w poliklinice drezdeńskiéj od r. 1834 do r. 1876 na 34.276 chorych spostrzegano tylko 11 przypadków plamicy prostéj, a w prażskim szpitalu Franciszka Józefa na 48.600 chorych 38 przypadków. Przyczyny choroby, aczkolwiek ją gośćcową nazywają, wcale nie są znane, gdyż, jak utrzymuje Henoch, w wielu przypadkach plamicy ani wilgoci mieszkania, ani przeziębienia nie można było stwierdzić.

Patologija choroby dotychczas mało jest znaną. W niektórych przypadkach, w których chorzy szybko wyzdrowieli, ani Henoch, ani Litten nie znaleźli żadnych zmian w składzie chemicznym i morfologicznym krwi. W cięższych przypadkach stwierdzili Hayem i Straganow pewne zmiany w ściankach naczyń włosowatych, które były przyczyną nadmiernéj ich kruchości. Zważywszy jednak, że nieraz to cierpienie powstaje nagle, bez żadnych zwiastunów, bez ciężkich objawów, wśród najzupełniejszego, że się tak wyrażę, dobrobytu całego ciała, i że również szybko znika, wypada przypuścić, że w lżejszych przypadkach nie może być mowy o cięższych zmianach anatomo patologicznych, ani w krwi, ani w naczyniach, lecz że rzecz cała zależy od nerwicy naczynio-ruchowéj, sprowadzającéj porażenne rozszerzenie się drobniutkich naczyń lub też przenikanie czerwonych ciałek krwi przez nienaruszone naczynia.

Nie mając własnego doświadczenia w leczeniu téj choroby, stosowałem się do rad Henocha i poleciłem ciągłe leżenie dziecka w łóżku, nalewkę z jabłkanu żelaza, roz-

czyn garbnika do płukania ust i gardziela, a przytém bardzo pożywną dyjetę, składającą się z mleka, jaj na miękko, bułek z masłem i kotletów z mięsa.

Przy zachowaniu tych przepisów chora szybko wyzdrowiała. Plamki zaczęły zmieniać barwę, a wielkość ich stawała się coraz mniejszą; najpierw zginęły plamki z odnóg górnych, potém z piersi, grzbietu, brzucha i pośladków, a wreszcie i z odnóg dolnych. W 10 dni po przybyciu chorej do szpitala nie było już śladu plamicy. Przez cały ten czas chora wcale nie gorączkowała, a 26 marca, po dwutygodniowym pobycie, dziewczynka zupełnie uzdrowiona opuściła szpital. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Doc. A. Weichselbaum: **O prątkach gruźliczych we krwi wśród przebiegu ostréj gruźlicy prosówkowéj.**

Gruźlica prosówkowa ogólna nie może wystąpić jako choroba pierwotna, lecz musi stać zawsze w pewnym związku z ogniskiem gruźliczém, n. p. gruczołem limfatycznym, lub ogniskiem gruźliczém w płucu l. t. p. Buhl wyobrażał sobie, że do powstania ogólnéj gruźlicy potrzeba, aby do krwi dostały się części składowe zwyrodniałego gruczołu lub ogniska gruźliczego rozmiękłego. Za tém zapatrywaniem przemawia ta okoliczność, że wśród ogólnéj gruźlicy zdołano zazwyczaj wynaleźć owe ognisko, które było źródłem zakażenia. Jaką drogą następuje zakażenie i dla czego nie zawsze jest obecność ogniska zgubną dla organizmu, tego nie można sobie było zrazu wytłumaczyć; aż gdy Ponfick wykrył gruźlicę przewodu piersiowego a Weigert gruźlicę żył, padło światło na przebieg tych spraw i nic nie stało w drodze twierdzeniu, że ogólna gruźlica prosówkowa powstaje za pośrednictwem gruźlicy żył lub naczyń limfatycznych. Weigert tłumaczył tym sposobem wszystkie postacie ogólnéj gruźlicy, a zapatrywania swoje ogłosił jeszcze przed odkryciem Kocha. Odkąd wiemy, że jad gruźliczy polega na swoistych prątkach, należy tylko wykryć je w krwi saméj, aby budowie Weigerta zapewnić trwałą i pewną podstawę. I to właśnie udało się autorowi w trzech przypadkach, których sekcyje wykonał w zakładzie patologicznym wiedeńskim. W jednym z tych przypadków były źródłem zakażenia żyły maciczne, prowadzące od miejsca przyczepienia się łożyska. Na mikroskopowych przekrojach tych miejsc można było wykazać szerzenie się gruzełków na ściany żył, z których jedne były wypełnione masami gruźliczemi, podczas gdy inne jeszcze nie schorzałe zawierały krew skrzepłą. W tychto ogniskach gruźliczych widać było całe kępki prątków Kocha. Skrzepy krwi wyjęte z serca, roztarte na szkiełkach i badane sposobem Ehrlicha, wykazywały prątki gruźlicze, jakkolwiek nie w wielkiéj, to jednak w takiéj ilości, że na 12 preparatów mikroskopowych można je było w czterech wykazać. I w drugim przypadku, w którym przebieg kliniczny był bardzo podobnym do duru brzusznego i tak nawet brzmiało rozpoznanie, a sekcyja wykazała ogólną gruźlicę, udało się dopiero w dziewiątym ze sporządzonych preparatów wykazać kilka prątków Kochowskich; do badania użyto i w tym przypadku skrzepów ze serca, a największe zmiany chorobowe i rozmiękłe ogniska serowate znajdowały się w szczycie płuca prawego. Skoro tedy pojawienie się prątków gruźliczych we krwi osób zmarłych z ostréj gruźlicy nie podlega więcéj wątpliwości, rozchodzi się tylko o to, czy téż w przypadkach przewlocznéj gruźlicy, a mianowicie w tych, w których znajduje się ognisko gruźlicze rozmaitego wieku w różnych narządach wewnętrznych, znajdują się również prątki w krwi saméj. *A priori* nic nie przemawia przeciw takiemu przypuszczeniu, a przebieg tego rodzaju wytłumaczyć sobie można przypuszczeniem, że od czasu do czasu dostają się bardzo małe ilości prątków do krwi krążącéj, tém téż tłumaczy się, że w tych przypadkach nie można we krwi wykazać prątków, a wykazanie ich w tych przypadkach należałoby uważać za szczególniejszy przypadek.

Oprócz zajmujących uwag nad dziedzicznością gruźlicy i nad sposobem powstawania gruźlicy części płciowych u niewiast, którą zapewne słusznie przypisuje spółkowaniu z mężczyznami dotkniętymi gruźlicą jąder, przyjądrza lub pęcherzyków nasiennych, zastanawia się autor nad wartością dyjagnostyczną swojego odkrycia. Za życia można się spodziewać wykryć prątki gruźlicze we krwi wtedy, gdy ognisko gruźlicze właśnie co udzieliło treści swéj krwi krążącéj, nie należałoby w tym razie badać jednéj lub kilku próbek krwi, lecz przystawić bańkę a krew otrzymaną tym sposobem badać po poprzedniém jéj skrzepnięciu. (*Wiener med. Wochenschrift*, Nr. 12 i 13, 1884). *Dr. Schaitter.*

F. May. **O zaraźliwości mleka od krów dotkniętych perlicą.**

Autor zastanawia się nad dwoma pytaniami. 1) Czy niebezpieczeństwo przeniesienia gruźlicy za pomocą mleka od krów, dotkniętych perlicą, istotnie jest tak wielkiém, jak to z niektórych stron przedstawiają? 2). Czy w takim razie można w jaki sposób usunąć zaraźliwość tego mleka? Doświadczenia, zmierzające do rostrzygnięcia tych dwóch zagadnień, wykonał autor w pracowni patologicznéj monachijskiéj. Do szczepienia używał świnek morskich, z małemi tylko wyjątkami psów, kotów i szczurów. Wiadomém jest, do jak wysokiego stopnia świnki morskie są skłonne do gruźliczych procesów wszelkiego rodzaju. Otóż więc wynik ujemny szczepienia miałby tutaj szczególniejsze znaczenie. Za materyjał do szczepienia służyło mleko krów perliczych i w paru przypadkach wyciąg wodny z płuc ludzkich dotkniętych gruźlicą. Tak do badania materyjału do szczepienia jak i poszukiwania ze skutkami szczepienia używał autor metod Ehrlicha. We wszystkich przypadkach, w których perlica ograniczała się tylko do płuc i przepony, szczepienie mleka dawało wyniki ujemne. Również w takich przypadkach nie można było wykazać w mleku prątków gruźliczych. Skoro jednak wszystkie narządy krowy były dotknięte zmianami perliczemi, wtedy szczepienie wywoływało u zwierzęcia gruźlicę. Koniecznością nie jest tutaj, aby wymię było dotknięte perlicą, wystarczy, aby mleko było zaraźliwém, zajęcie większéj części innych narządów. W jednym przypadku pół wymienia było dotknięte perlicą, druga zaś połową była zdrowa. Mleko jednak z obydwóch połów było zaraźliwém, choć autor znalazł prątki gruźlicze tylko w mleku z połowy dotkniętéj perlicą. Przez gotowanie mleko traciło zupełnie swoją zaraźliwość. Podobnież zachowywał się i wyciąg wodny z płuc ludzkich gruźliczych. Zdaniem autora nowy to dowód identyczności sprawy perliczéj i gruźliczéj. (Archiv f. Hygiene J. I. z 2.). *Dr. Kopff.*

Wiadomości pomniejsze.

Ω Aron wykonał szereg nader ciekawych doświadczeń nad działaniem jadu wężów i nad leczeniem skutków ukąszenia przez nie. Do doświadczeń używał zasuszonego jadu z *Naja tripudians* (okularnik), przysłanego mu z Indyj przez Dra Francisa. Wbrew twierdzeniu Fayra nie może autor przypisać trucিźnie żadnego działania miejscowego. Działanie to polegać się

zdaje często na oddziaływaniu tkanek skutkiem wbicia zęba gadu, a zatém jest zwykłą raną. Krew zwierzęcia otrutego jadem węża nie była już trującą dla drugiego zwierzęcia. Zawsze po zatruciu występował wybitny tężec pośmiertny. Jad wężowy poraża naprzód ośrodki nerwów ruchowych. Niekiedy porażenie to nie występuje odrazu we wszystkich mięśniach, lecz grupami. U ciepłokrwistych następowały zwykle silne kurcze drgawkowe przed śmiercią, skutkiem zatrucia kwasem węglowym. Czułość i odruchowość rdzenia pacierzowego była utrzymaną, niekiedy nawet pobudzaną. Oddechanie ustaje w miarę występowania porażenia. Bicie serca można jeszcze chwilę stwierdzić po ustaniu ruchów oddechowych. — Następnie próbował autor różnych polecanych odtrutek. Naprzód co do alkoholu, to 4 króliki kompletnie zatrute alkoholem, mimoto uległy działaniu jadu wężowego. Podobnież koffein i atropin niezdołały wstrzymać zabójczych skutków otrucia. W 13 przypadkach użył autor polecanego przez Lacerdę nadmanganezianu potasowego. W 6ciu z tych przypadków skutek okazał się dość dobrym. Za najlepszą odtrutkę uważa autor rozczyn chlorku wapna (*calcium hypochlorosum*). Rozczyn ten zastrzyknięty podskórnie w okolicy zakłucia jadem węża prawie zawsze wstrzymywał wystąpienie objawów otrucia. Działanie to polegać się zdaje podobnie jak i nadmanganezianu potasowego na utlenieniu jadu węża, bo i ozonizowany jad był bezskutecznym. — Na podstawie tych doświadczeń autor uważa za najstosowniejsze członek ukąszony podwiązać mocno, aby utrudnić zatrucie całego organizmu, i w kilku miejscach koło rany zatrutéj zastrzyknąć po pełnéj szpryczce Pravaza 2% rozczynu podchlorynu wapniowego. (*A. C. Ztg.*, 1884).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z posiedzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego z d. 4 kwietnia 1884.

Obecni koll.: Zielewicz, Jerzykowski, Kapuściński i sekretarz.

W nieobecności prezesa przewodniczy kol. Zielewicz. Protokół z poprzedniego posiedzenia przeczytano i przyjęto.

Dział porządku dziennego „choroby pomorowe“ nie wywołał żadnéj dłuższéj rozprawy. Kol. Jerzykowski podniósł tylko, że spotyka liczne przypadki zapaleń płuc, a kol. Kapuściński szkarlatynę.

Następnie przedstawił Dr. Wicherkiewicz kilku chorych, a mianowicie: szewca 50-letniego, u którego dla obustronnéj zaćmy dokonał przed trzema tygodniami operacyi i to na prawém oku, gdzie była zaćma jądro-korowa z częściowém zaćmieniem torebki, odmienionym sposobem Graefego, na drugiém zaś, gdzie zaćma była zmalała, twarda i ciemna, a torebka znacznie zgrubiała, wydobył soczewkę w zamkniętéj torebce. W. podnosi różnicę między jedną a drugą operacyją: u pierwszego oka widać w odcinku górno zewn. źrenicy resztkę zaćmionéj torebki, podczas gdy u drugiego źrenica idealnie jest czystą. Wzrok po obu stronach dobry. (V pr./l = $^{20}/_{4}$ Hp. $^{9}/_{8}$ J. $^{3}/_{1}$). Po lewéj stronie niezborność rogówki.

Daléj przedstawił kol. Wicherkiewicz dwóch chorych operowanych dla zupełnego, bardzo znacznego garbca półkulistego rogówki i to sposobem własnym od trzech lat praktykowanym, a dającym pod każdym względem zadowalające wyniki. Po krótkim opisie powstania garbca u obydwóch chorych objaśnia W. sposób operowania, o którym zamierza przy innéj sposobności obszerniéj pomówić. Sposób ten polega na przeprowadzeniu nitek katgutowych przez podstawę garbca, wykrojeniu nożem Graefego eliptycznego kawałka z najwyższéj wypukłości, wypuszczeniu soczewki i związaniu szwów.

Kol. Jerzykowski opowiada przypadek zatrucia dwuchlorkiem rtęci. Zachęcony doświadczeniem Kocha, według którego już roztwory dwuchlorku w stosunku 1:1000 działać mają niwecząco na każdego rodzaju zarodki prątkowe, wstrzykiwał środek ten w 5ciu przypadkach zapalenia śródmacicznego popołogowego i poronnego do wnętrza macicy z dobrym skutkiem. Po wystrzykiwaniach tym środkiem ciepłota spadła bardzo znacznie i to o 2°R. a wydzielina traciła woń nieprzyjemną. Wcale jednakże nieoczekiwany i niepożądany nastąpił przebieg w 6tym przypadku, gdzie u kobiety 30 letniéj po poronieniu nastąpił silny krwotok, cuchnące upławy i gorączka. Kol. J. polecił wypłukiwania pochwy rozczynem dwuchlorku rtęci w stosunku 1 : 1500. Gorączka jednak nie ustępowała, dla tego nazajutrz sam zrobił wstrzyknięcie do macicy sikawką Fritschego; niebawem wydała atoli chora krzyk przeraźliwy z powodu silnych boleści i uległa stanowi ogólnego odrętwienia, który ustąpił po podskórném wstrzyknięciu eteru. Następnego dnia ogólny zapad, rozwolnienie, wymioty, zajęcie umysłu, a cały ten stan był bezgorączkowy obok słabego i wolnego tętna; dziąsła znacznie obrzmiały i pojawił się ślinotok, dnia trzeciego trudne moczenie, a piątego dnia śmierć. Kol. J. śmierć tłumaczy sobie zatruciem dwuchlorkiem rtęci. Dowodem takiego otrucia mają być według Prévosta i innych złogi wapienne w nerkach, o czém się jednak kol. J. przekonać nie miał sposobności. O zachwalanym skutku sublimatu w zranieniach w ogólności, a w szczególności śródkrocza kol. J. nie mógł się przekonać. Zwykle rany czerwienieją, a w otoczeniu powstaje prawdziwy rumień. Kol. Wicherkiewicz sądzi, że roztwór 1:1500 był w przypadku kol. J., mianowicie ze względu na ilość wstrzykiwań, zbyt mocny, gdyż, jak to na ostatnim Zjeździe okulistycznym w Heidelbergu wielostronnie stwierdzono, już roztwory dwuchlorku rtęci 1:10.000 wystarczają dla powstrzymania rozwoju bakteryj. Daléj zapytuje kol. Wicherkiewicz, czy w przypadku kol. J. roztwór nie dostał się przypadkiem do jamy brzusznéj, czemu kol. J. zaprzecza twierdząc, że płyn ten bardzo dobrze odpływał z macicy. — Kol. Zielewicz zauważa, że gdzie robił w ogólności wstrzykiwania sublimatem, tam poprzednio dokładnie rozszerzał szyjkę maciczną, a następnie wstrzykiwał nieznaczną tylko ilość środka np. 3 lub 4 sikawki Brauna. Nigdy atoli nie odważyłby się użyć przytém tryskacza (irygatora) zwłaszcza przy wysokiém ciśnieniu. Brak skuteczności dwuchlorku rtęci w zranieniach międzykrocza tłumaczy, zdaniem kol. Zielewicza, dostatecznie trudność zastosowania w tych miejscach wszelkiéj antyseptyki. Co w przypadku kol. J. działało szkodliwie, czy dwuchlorek rtęci, czy téż manipulacyje trudno ocenić. — Kol Kapuściński podnosi, że zatrucie zależném jest od wielkości rany ułatwiającéj wessanie, a radziłby w podobnych razach, wystrzyknąć naprzód jamę maciczną wodą czystą, a potém dopiero małą ilością roztworu dwuchlorku rtęciowego.

Na tém posiedzenie zakończono.

Dr. B. Wicherkiewicz.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

○ Niezawodnie najlepszy dowód skuteczności szczepienia ochronnego stanowi statystyka z Akwisgranu, odnosząca się do r. 1881. W czasie epidemii ospy leczono w tamtejszym szpitalu na ospę 352 osób z ludności cywilnéj, pośród załogi wojskowéj stojącéj na kwaterach w domach prywatnych nie wydarzył się ani jeden przypadek ospy, gdyż w wojsku niemieckiém ściśle przestrzegane bywają przepisy co do szczepienia pierwotnego i powtórnego.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 30 marca do 5 kwietnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 49,7. Z ospy umarło 15 (22 z. t.); z płonicy 0 (1 z. t.); z błonicy 2 (2 z. t.); z duru osutkowego 0 (1 z. t.); z róży 1 (0 z. t.); z czerwonki 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 9 przypadkach ospy, 1 ospicy, 1 odry, 2 błonicy, 2 duru osutkowego. W tygodniu od 23—29 marca umarło z ospy w Londynie 11, leczyło się w szpitalach 278, świeżo zapadło 100. W Paryżu, Glasgowie i Birminghamie umarło po 1. w Wiedniu i Brukseli po 7, w Liwerpolu, Petersburgu, w Warszawie i Cincinati po 2, w Madrycie, Maladze, Murcyi po 3, w Budapeszcie 4, w Lizbonie 5, w Nowym Orleanie 10, w Pradze 46, w Madrycie (od 19—25 stycznia) 227. Odra panuje w Wiedniu, Paryżu, Londynie, Birminghamie i Petersburgu. Krztusiec zabiera liczne ofiary pomiędzy dziećmi w Genewie i Paryżu. Z duru

osutkowego umarło w Londynie, Saragosie i Palmie po 1, w Petersburgu 2, w Maladze 3, w Madrycie 4. Z cholery umarło w Bombayu od 20—26 lutego 10 osób, w Madrasie od 19 do 25 stycznia 49.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 23—29 marca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 54,2; w Warszawie 32,3; w Poznaniu 23,3; w Wiedniu 32,0; w Budapeszcie 33,0; w Pradze 40,1; w Tryjeście 40,0; w Berlinie 24.0; we Wrocławiu 36,6; w Gdańsku 29,4; w Kolonii 24,5; w Mnichowie 31,4; w Dreźnie 22,0; w Lipsku 28,0; w Bazylei 16,3; w Brukseli 22,8; w Amsterdamie 28,2; w Hadze 22,2; w Paryżu 28,2; w Londynie 20,2; w Kopenhadze 19,5; w Stokholmie 23,5; w Chrystyjanii 22 2; w Petersburgu 42.5; w Odesie 34,9; w Rzymie 33,7; w Wenecyi 28,5; w Bukareszcie 33,0; w Madrycie 31,9; w Lizbonie 31,0; w Aleksandryi 29,4; w Nowym Yorku 24,6; w Filadelfii 21,9; w Bombayu 26,7; w Madrasie 76,9. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 16 kwietnia. Z powodu Świąt i wyjazdu wielu kolegów posiedzenie Tow. lekarskiego na dziś przypadające odbędzie się dopiero w przyszłą środę.

* Weterynarz powiatowy w Bochni, Dr. Rasp, otrzymał na wystawie ornitologicznéj we Wiedniu medal srebrny za okazy w dziale chowu kur, gęsi i kaczek.

(I. S.) W berlińskiém Towarzystwie lekarzy szpitala Charité miał prof. Brieger wykład o ciałach trujących, które zawdzięczają byt swój prątkom gnilnym. Na podstawie dokładnych badań chemicznych, podejmowanych częścią dawniéj w pracowni prof. Neckiego częścią w ostatnich czasach doszedł autor do poznania ciał krystalicznych, dających reakcyje alkaloidów, ciał wytwarzających się z istot białkowych pod wpływem gnicia i prątków rozmaitych. Badania Briegera uważać należy za dalszy ciąg badań, do których dali najpierw pochop lekarze sądowi, a mianowicie Selmi; Brieger był jednak o tyle szczęśliwszym w swoich dochodzeniach, że podczas gdy Selmi otrzymał tylko wyciąg i nim téż doświadczenia czynił, udało się ostatniemu otrzymać różne połączenia chemiczne krystaliczne, a to przez wystawianie ciał białkowych na działanie peptonu, lub téż gnicie przy odpowiedniéj ciepłocie. Ciała te krystaliczne, którym odpowiednie przedstawili Nencki (Kollodin), Etard i Gautier (parwolin i homokollin), nazywa autor peptotoksynem i neurydynem. Na podstawie swoich, na wielki rozmiar przedsiębranych, doświadczeń, w których badanie chemiczne uzupełnia badanie mykologiczne i drobnowidowe a niemniéj obejmuje szeregi doświadczeń fizyjologicznych z ciałami przedstawionemi, dochodzi autor do wniosku, że to są właśnie jedne z ciał o własnościach wielce trujących, których badaniem zajmował się od Selmiego cały szereg badaczów. Powstawanie ich stoi w ścisłym związku z rozwojem i krzewieniem się pewnych rodzajów prątków gnilnych, w dalszym ciągu swoich poszukiwań spodziewa się autor udowodnić, że tym ciałom należy przypisać rozmaite groźne przypady, występujące częstokroć wśród przebiegu chorób ostrych zakaźnych, podczas gdy stan ogólny i badanie przedmiotowe nie wskazują jeszcze nagle grożącego niebezpieczeństwa życia. Przypadów, o których mowa, nie można sobie wytłumaczyć samą obecnością prątków w organizmie, przebieg i nagłe zejście śmiertelne wytłumaczyć sobie można jedynie tém, że prątki bywają przyczyną spraw fermentacyjnych, których trujące produkty stają się zabójcemi dla organizmu. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1884. Nr. 14).

Na téj krótkiéj wzmiance poprzestać musimy, nie mogąc się zapuszczać w długie wywody wielce zajmującego wykładu prof. Briegera; bądź co bądź nie zdziwi wcale okoliczność, że wykład ten wraz z demonstracyjami wywołał nadzwyczajne zajęcie się tą sprawą w kołach lekarskich berlińskich; jestto bowiem mało dotąd uwzględniany kierunek badań, wśród których najnowsze spostrzeżenia z dziedziny chemii, a mianowicie połączeń aromatycznych, uzupełnia badanie mykologiczne a doświadczenie fizyjologiczne, którém się autor równocześnie posługuje, obiecuje rzucić światło na zakres dotąd najmniéj znany, rozjaśnić niejedną kwestyję ważną ze względów praktycznych. (*Przyp. Sprawozd.*).

* **Warszawa**. Tow. lekarskie wyznacza dwie nagrody konkursowe, każdą po 300 rs., za najlepsze rozprawy, napisane w języku polskim, na następujące tematy: 1) Zbadać warunki oczyszczenia mechanicznego wody wiślanéj i 2) Zbadać ilość i jakość szkodliwych zdrowiu grzybków, zawieszonych w powietrzu pewnéj danéj miejscowości w szpitalu, teatrze, sali szkolnéj, na targu itp. w m. Warszawie. Bliższe warunki konkursu podaje *Gazeta Lekarska* (Nr. 15).

* **Wiedeń**. Ministerstwo spraw wewnętrznych wystosowało notę do Rządu pruskiego, w któréj zwraca uwagę, że układ zawarty co do wolności wzajemnego praktykowania lekarzy w pasie pogranicznym, odnosi się tylko do przypadków wyjątkowych i żadną miarą nie uprawnia lekarzy pruskich do wykonywania stałego praktyki w zdrojowiskach austryjackich na granicy położonych.

* **Paryż**. Nagrodę 10,000 franków za przeprowadzenie ciał gazowych, a zwłaszcza tlenu, w stan płynny, Akademija francuska przyznała Cailletetowi.

* **Mianowania**. Docenci prywatni Drowie Izydor Soyka i Maks. Gruber mianowani zostali nadzwyczajnymi profesorami higijeny, pierwszy w Wydziale lek. niemieckim w Pradze, ostatni w Gracu, a docent prywatny Dr. Franciszek Vajdovský nadzw. profesorem zoologii w Uniwersytecie czeskim. — Dr. Nedopil, b. asystent prof. Billrotha, obecnie praktykujący w Stambule, mianowany został prymaryjuszem szpitala krajowego św. Anny w Bernie morawskiém.

* **Odznaczenia**. Uniwersytet edymburski, który d. 17 bm. obchodzi jubileusz 300-letni, mianował honorowymi doktorami prawa proff. Dondersa i Stockvisa w Holandyi, prof. Grossa w Filadelfii, Dr. Fordyce Barkera w N. Yorku i Dra Billingsa w Washingtonie. — Proff. Weber, Volkmann i Olshausen w Hali otrzymali wysokie ordery pruskie.

* **Nekrologija**. W Wiedniu umarł radca lekarski Dr. Preyss, który niedawno obchodził 50-letni jubileusz doktorski. — W Glasgowie umarł prof. anatomii Dr. Allen Thomson.

D. 11 b. m. umarł w Cannes wielki chemik francuski i akademik Jan Chrzciciel Dumas. Urodzony w r. 1800 w Alias dep. Gard już 1821 objął posadę w politechnice a w r. 1832 wybrany został członkiem Akademii. W r. 1850 i 1851 był ministrem rolnictwa i handlu, za Cesarstwa senatorem i członkiem najwyższéj Rady wychowania.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 15: Matlakowskiego: Torbiela jajnika tkwiąca w więzach szerokich. Wyłuszczenie obu torbieli; Modrzejewskiego: O sztucznéj błonie bębenkowéj i jéj zastosowaniu (dok.); Malinowskiego: Ostre zapalenie rdzenia kręgowego w następstwie przebytéj odry. — W *Medycynie* Nr. 15: Seifmana: Przyczynek do wyjaśnienia kwestyi wylęgania się wścieklizny.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę dnia 23 kwietnia o godzinie 6éj wieczór w sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém 1) odbędzie się dyskusyja nad odczytem kol. Mikulicza: O transfuzyi; 2) Kol. Walentowicz objaśni budowę i skład chemiczny skostniałego płodu kobylego; 3) Kol. Jaworski mówić będzie o stosowaniu nowéj soli karlsbadzkiéj i zachowaniu się jéj w przewodzie pokarmowym.

Do Nru dzisiejszego dołącza się: Zakład zdrojowy Truskawiec w r. 1883 wraz z przewodnikiem, skreślił Dr. Rieger.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Peptony Chapoteaut z mięsa wołowego, przyrządzane tylko z czystą pepsyną baranią są jedyne jako obojętne i niezawierające ani chlorku sodu, ani winianu sodowego. Przepisuje się je w formach następujących:

WINO PEPTONOWE CHAPOTEAUT.

Smaku nader przyjemnego, zażywa się po jedzeniu w ilości 1—2 kieliszków.—Jeden kieliszek odpowiada 10 grm. mięsa wołowego.

KONSERWA PEPTONOWA CHAPOTEAUT.

W téj formie pepton jest płynny, obojętny, aromatyczny. Zażywa się go w rosole, w konfiturach lub w syropie albo też w lewatywach. Łyżeczka od kawy odpowiada więcéj niż podwójnéj swéj ilości mięsa wołowego.

PROSZEK PEPTONOWY CHAPOTEAUT.

Jest obojętny, całkiem rozpuszczalny a jedna jego część przedstawia pięć części mięsa.

Wskazania: W niedotlenności krwi, wątłości, w wstręcie do potraw, w zwiotczeniu przewodu pokarmowego, w okresie ozdrawiania, przy karmieniu mamek, dzieci, starców, suchotnikow, chorych na cukrzycę itd.

Skład w Paryżu, 8 Rue Vivienne i w znaczniejszych aptekach.



Syrop Dr Zed

KODEINA I BALSAM TOLUTAŃSKI

jest środkiem łagodzącym i uśmierzającym nieocenionym dla dzieci w wypadkach bezsenności, kokluszu, etc. przeciw kaszlom nerwowym osób cierpiących na suchoty, słabościom organów oddechowych, nieżytom, katarom, i. t. d.

Paryż, ulica Drouot, 22 i 19

W Lwowie w aptekach PP. K. Mikolascha, Ruckera, A. Sklepińskiego, Krzyżanowskiego, Naklika.
W Krakowie w aptekach PP. Trauczyńskiego, Redyka, Wiszniewskiego.
W Warszawie w aptekach PP. D. T. Heinricha, Barcza, Wendy i Wiorogórskiego w składach mat. aptecznych PP. Spiessa i Syna. Mrozowskiego, L. Zieminskiego, Cierzputowskiego, etc.

NAGRODA **16,600** FRANCS

QUINA LAROCHE

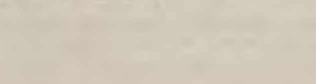
ELIXIR WINNY

QUINA LAROCHE jest najdokładniejszym preparatem ze wszelkich środków z chininą. Smak posiada przyjemny i skuteczność jéj uznaną została wsłabościach żołądka, gastralgii, wynędznieniu, braku apetytu, w trudnem i mozolnem przyjściu do zdrowia po cięższych chorobach, etc.

Zapobiega i leczy GORĄCZKI peryodyczne, jak również następstwa tychże.

Paryż, 22, ulica Drouot

Unikać naśladownictwi podrabiań które są wyrabiane we Lwowie.
Wymagać należy koniecznie podpis obocznie zamieszczony



Staraniem i nakładem Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie wyszło dzieło oryginalne pt.:

HYDROTERAPIJA

Przez **Dra St. SMOLEŃSKIEGO,**
kierownika Zakładu wodoleczniczego w Jaworzu (Ernsdorf) na Śląsku austr. Kraków 1884, str. 185 i VIII.

Cena 1 złr. 85 ct.

Składy tego dzieła znajdują się w księgarniach S. A. Krzyżanowskiego w Krakowie, Gebethnera i Wolffa w Warszawie, J. Milikowskiego we Lwowie, w Redakcyi „Medycyny" w Warszawie (Al. Jerozolimska Nr. 34) i w Zarządzie Wydawnictwa dzieł lek. pol. w Krakowie (ul. św. Krzyża Nr. 3).

W tychże składach nabyć można i innych dzieł wydanych przez Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich.

PULV. CARNIS BOVINI

Proszek mięsny

wyrobu **Laboratoryjum chemiczno - farmaceutycznego Karola Mikolascha we Lwowie** jest środkiem odżywiającym w stopniu daleko wyższym jak ekstrakt mięsny Liebiga. Kiedy bowiem tenże nie zawiera żadnych części odżywiających, to **proszek mięsny** według zachowanéj metody wyrobu wszystkie składniki mięsa wołowego od tłuszczu i żył uwolnionego w stanie zgęszczonym przedstawia.

Kilo czyli 1000 gramów mięsa wołowego czystego równa się **125 gramom Proszku mięsnego.**

Smak przyjemny i cena niska tego znakomicie odżywiającego środka powinny się przyczynić do wyparcia ekstraktu mięsnego.

Użycie jest pojedyncze, gdyż może być tak sam przez się spożywany, jakotéż zmięszawszy go z mlekiem, lub z rosołem nareszcie może być użyty jako constituens do pigułek lub zamiast cukru do proszków.

Słoik zawierający **50 gramów proszku mięsnego kosztuje 50** cnt. w. a.

Skład główny znajduje się **w aptece pod Gwiazdą Piotra Mikolascha we Lwowie,** zkąd wszelkie zamówienia natychmiast uskuteczniane będą.

PP. aptekarze otrzymują stosowny rabat.

PILULES BENZOÏQUES ROCHER

z Bromkien Litowym, z Olejkiem Jałowca i z Alkaloidami Chinowymi.

Każda pigułka zawiere po 0,05 cent. każdego z tych różnych przetworów i zobojętnia około 0,50 cent. kwasu moczowego. Pigułki te skutkują w leczeniu *piasku* (moczowego, gravelle), *nieżytu pęcherza, zapalenia nerek i kolek nerkowych, dny, newralgii i reumatyzmów chronicznych* i w ogóle w różnych *chorobach nerek, pęcherza, sterczu i cewki moczowéj.*

QUINA LACTO-PHOSPHATÉ ROCHER

z COCA i CACAO

Najdzielniejszy środek jako krzepiący i podniecający. Łyżka stołowa zawiera 0 50 cent. soli wapniowéj.

Przeciw: *Niedotlenności Krwi, Zołzom, Gróźlicy, Krzywicy, Limfatyzmowi,* etc. Ułatwia *ząbkowanie* i *wzrastanie* u dzieci, powiększa ilość mleka u karmiących.

Mleko-fosforan wapna, który wchodzi w skład naszéj preparacyi, przyrządzamy w naszéj pracowni. Jest on zupełnie *rozpuszczalny,* mimo że jest słabo kwaśny. Kwas ten bywa zresztą zobojętniony przez działające składniki *chiny,* które znajdują się w wielkiéj ilości i zupełnie rozpuszczone w naszéj *kinie,* dzięki nam właściwemu *modus faciendi.*

Kina mleko-fosforanowa Rocher przewyższa zatem wszystkie preparacyje fosforanów dotychczas przy zadzane (chlorko-fosforany, etc.) przezto, że chorzy, którzy ją zażywają, nie uczuwają nigdy dolegliwości w żołądku, jakie wywoływane bywają kwasami podobnych przetworów.

QUINA ANTI-DIABÉTIQUE ROCHER

z Gliceryną przekroploną i *chemicznie czystą.*

Preparacya pewna i silna przeciw *moczówce, białkomoczowi,* etc.

Doświadczenia robione na chorych dały doskonałe wyniki.

„Gliceryna jest lekiem najdzielniejszym jaki można użyć przeciw *moczówce.* Aby być pewnym skutku, trzeba być przekonanym, że gliceryna jest czysta. *Żadna preparacyja nie odpowiada lepiéj temu celowi, niż kina przeciw-moczówkowa Rocher.* Lek ten uznano od dawna jako skuteczny. Prawdopodobnem jest, że w bliskiéj przyszłości *gliceryna* zajmie, dzięki téj preparacyi, miejsce jakie jéj się należy w terapiji." *(Gazette des Hôpitaux* i *Abeille Médicale.)*

M. ROCHER, 1, rue Perrée, w Paryżu, przesyla Panom Lekarzom dla zbadania, małe flaszki *gratis,* na żądanie.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

P rzegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod top rkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 26 kwietnia 1884. № 17. Rok XXIII.

I. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

Nowy przyczynek do sposobów badania żołądka.

Rzecz wykonana w pracowni téjże kliniki

przez

Dra W. Ant. Gluzińskiego asystenta tejże kliniki. i Dra W. Jaworskiego docenta w Uniw. Jagiell.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 16).

Dla dokończenia uwag nad samą techniką metody pozostaje jeszcze odpowiedzieć na ostatnie pytanie, tj. czy wprowadzenie 300 cm. sz. wody destylowanéj jest stósowne.

Celem téj manipulacyi jest, wydostanie takiéj ilości płynu, którąby pozwalała dokonać wszystkich prób potrzebnych do zbadania; przy naszém postępowaniu np. do oznaczenia stopnia kwaśności względnie alkaliczności, dochodzenia wolnego kwasu solnego, do sztucznego trawienia, zbadania śluzu, białka itd. Na pozór obojętną zdawałoby się rzeczą, jakiéj ilości użyje się do rozcieńczenia, byle zawsze téj samėj; tak jednak nie jest. Zachodzi tu bowiem wątpliwość, czy rozcieńczenie to nie za wielkie, czy przez to nie popełnimy błędu nie wykrywając w skutek znacznego rozcieńczenia np. kw. solnego tam, gdzie on właściwie się znajduje; zresztą każde postępowanie powinno być usprawiedliwione i racyjonalne, dla czego się tak, a nie inaczéj postępuje.

Leube w swoich doświadczeniach mógł rzeczywiście takiéj ilości potrzebować, gdyż używając do wypompowania lewaru, zapewne znacznie mniéj musiał wydobywać płynu do rozbioru, aniżeli my używając aspiratora (Jaworskiego).

Śród używania tego przyrządu *a priori* wprowadzenie 300 cm. sz. wody destylowanéj wydało się nam niepotrzebne, gdyż mniejsza ilość wody, np. 100 cm. sz., powinna wystarczyć, a mielibyśmy tę korzyść, że otrzymalibyśmy sok mniéj rozcieńczony, a więc prawdziwszy; nadto zachodziło pytanie, czy wlanie odrazu nieco większéj ilości wody lodowéj, np. 200 cm. sz., nie będzie odpowiedniejszém. Cechę w rozstrzygnięciu téj sprawy stanowiła znowu naturalnie najdzielniejsza treść, a do wyciągnięcia wniosku posłuży nam niżéj podana tabliczka wyjęta z kilkunastu doświadczeń o podobnym wyniku.

Nazwisko	Sposób	Ilość wypomp.	Stopień kwaśności	Próba na HCl	Czas trawienia
P. S.	100cm. wody lodow. 300 cm. do rozcieńcz.	335	9	ślad	5 godz.
	100cm. wody lodow. 100 cm. do rozcieńcz.	185	15·6	wyraź.	3 godz.
	200cm. wody lodow. 21 tylko	107	16·8	wyraź.	3 godz.

Zważywszy więc, że po 200 cm. sz. wody lodowéj bez żadnego rozcieńczenia otrzymaliśmy sok najdzielniejszy, a więc najprawdziwszy, że dla chorego to jest przyjemniejsze aniżeli dwukrotne wlewanie płynu, że ilość wypompowana (107 cm.), zupełnie do wszelkich potrzebnych badań wystarcza, uważamy to postępowanie za odpowiedniejsze i praktyczniejsze, aniżeli rozcieńczenie 300 cm. sz.

Zbierając razem uwagi nad samą techniką metody możemy powiedzieć:

1) że woda lodowa jest odpowiednim bodźcem,

2) że czas 10 minut do zadraźnienia jest najodpowiedniejszy,

3) że wprowadzenie jednorazowe 200 cm. sz. wody lodowéj bez następowego rozcieńczania byłoby najprostsze i najkorzystniejsze,

4) że oznaczenie oddziaływania treści tylko za pomocą

nalewki lakmusu, jak to czyni Leube, bez oznaczenia stopnia szczególniéj kwaśności, bez badania wolnego HCl, nie tylko w celach naukowych ale nawet dla praktyki jest za powierzchowne, niedające możności wysnucia ściślejszych wniosków.

Wszystkie te okoliczności w dalszém postępowaniu uwzględniliśmy, z wyjątkiem trzeciéj, znaczną bowiem liczbę doświadczeń wykonaliśmy bez niéj, a więc dla porównania wyników nie chcąc tracić materyjału tą drogą daléj iść musieliśmy, tj. wszędzie do rozcieńczenia używaliśmy przy 300 cm. sz. wody destylowanéj.

Omówiwszy krytycznie samą metodę i usprawiedliwiwszy się z modyfikacyi i uzupełnień, jakie w naszych doświadczeniach wprowadziliśmy, przystępujemy do zdania sprawy z rezultatów otrzymanych przez zastósowanie téj metody tak u osób zdrowych, jak i w przypadkach chorobowych. Dla ułatwienia sobie całéj sprawy podajemy w załączonéj tablicy wyniki z pewnéj liczby rozbiorów treści w wyżéj opisany sposób otrzymanéj.

Liczba porządkowa	Nazwisko	Ilość wypomp.	Oddziaływanie	Stopień kwaśności lub alkal.	Próba na HCl	Śluz	Czas trawienia: samej treści	Czas trawienia: z dod. 0·1% HCl	UWAGA
I	W. J.	350	kwaś.	1	—		—	8 g.	zdrów
II	A. G.	320	„	4	ślad		8 g.		„
III	W. Z.	—	„	4·8	„		6 g.		„
IV	Z. T.	350	„	4	„		6 g.		„
V	J. H.	300	„	5·6	„		5 g.		„
VI	Pg.	350	„	5	„		5 g.		„
VII	Fr.	255	„	6	„		4 g.		„
VIII	R. St.	350	„	6·2	wyraź		5 g.		„
IX	R. Z.	350	„	11	„		3 ½ g.		„
X	Zł.	310	„	13	„		3 g.		„
XI	K.	300	„	1·6				5 g.	Kobieta l. 30 zamężna, bezdzietna, od 3 miesięcy po każdém jedzeniu wymioty bez nudności, gniecenie, łaknienie upośledzone obok innych przypadów nerwowych. Rozpoznano *dyspepsia nervosa*, co i dalszy przebieg udowodnił, przypady na tydzień zupełnie ustępowały, aby w drugim znów powrócić.
XII	M. R.	3 20	„	1·8				5 g.	Kobieta l. 20, zupełnie podobne przypady jak w przyp. XI, po zastósowaniu dwukrotném zgłębnika żołądkowego (wpływ psychiczny) ustąpienie przypadów.
XIII	Krz.	325	„	3·6				5 g.	Podobne przypady, które wystąpiły po zgwałceniu (moment psychiczny).
XIV	S.	350	„	2·2				3 g.	Gniecenie w okolicy żołądka, łaknienie prawidł.
XV	J. S.	310	„	2				3 g.	„
XVI	T.	350	„	2·7				5 g.	Przypady niestrawności.
XVII	C. T.	275	„	5	ślad	ślad	12 g.		Przypady niestrawności od dłuższego czasu.
XVIII	S. S.	350	„	5	„		7 g.		„
XIX	K. K.	350	„	6·6	„		12 g.		Brak apetytu, częste odbijanie, ból w okolicy żołądka szczególnie po jedzeniu, odżywienie podupadłe, pod mikroskopem komórki drożdżowe.
XX	Kr.	350	„	7	„		7 g.		Rozp. *Dilatatio ventriculi ingentis gradus propter stenosim pylori post peritonit. circumscrip. c cholelithiasi.* Choréj od lat 3 musiano codziennie treść wypompowywać, a w treści, któréj wydobywano przeciętnie 2.500 cm., znajdowano ogromną ilość kwasów tłuszczowych tak, że stopień kwaśności wynosił 56, w pokarmach przed 16 godz. spożytych znajdowano pod mikroskopem znaczną ilość czworniaków i komórek drożdżowych. Po wypompowaniu treści i przepłukaniu żołądka tak, że odchodziła ciecz przeźroczysta, oddziaływania obojętnego, niezawierająca ani peptonów ani cukru, zastósowano metodę, która dała wynik przytoczony.
XXI	Ks.	350	„	6·5	„		5 g.		Zupełny brak apetytu, ciągłe odbijanie, usposobienie silnie hypochondryczne, badanie fizyczne wykazuje ślad zółtaczki i rozszerzenie granic żołądka.
XXII	X. K.	325	„	8·8	wyraź		7 ½ g.		Przypady niestrawności.
XXIII	P. S.	335	„	9	„		4 ½ g.		„
XXIV	K. M.	370	„	9·2	„		5 g.		„
XXV	Ka.	330	„	12	„		4 ½ g.		„
XXVI	L.	250	„	12·6	„		4 g.		Dobrze odżywiony młody człowiek (żołnierz) łaknienie dobre, jedyny przypad cuchnienie z ust i nieprzyjemne odbijanie. Wyciągnięta treść okazuje silną woń H_2S, sam chory zapewniał, że zaburzenie zwiększa się po spożyciu pokarmów białkowatych. Pod mikroskopem czworniaki (*sarcina*) i komórki drożdzowe.
XXVII	J. P.	390	„	13·2	„	ślad	3 ½ g.		*Ulcus ventriculi rot.*
XXVIII	T. W.	300	obojęt	—	„			9 g.	*Gastrectasia ventr. e strictura pylori probab. carcinom.*

Liczba porządkowa	Nazwisko	Ilość wypomp.	Oddziaływanie	Stopień kwaśności lub alkal.	Próba na HCl	Śluz	Czas trawienia saméj treści	Czas trawienia z dod. 0·1% HCl	UWAGA
XXIX	P. S.	380	alk.	1·				6 g.	Przed 2 laty wypił H_2SO_4, od tego czasu przypady żołądkowe, znaczne rozszerzenie żołądka.
XXX	K. M.	275	„	0·6		ślad		5 ½ g.	*Dilatatio ventriculi*, przypady niestrawności.
XXXI	N. M.	260	„	1·6		„		6 g.	„
XXXII	R.	350	„	2·5		„		20 g.	*Gastrectasia majoris gradus* od lat 5 (dolna granica żołądka na 6 cm. niżéj pępka), przypady niestrawności.
XXXIII	J. M.	280	„	4·		„		25 g.	*Potator, dilatatio ventriculi*, przypady niestrawności.

Zastanówmy się nad przytoczoną tablicą.

Przypadki I—X[1]) odnoszą się do indywiduów zdrowych, a za zdrowych uważaliśmy takich, którzy żadnych przedmiotowych przypadków nie okazywali, fizycznie badani nie przedstawiali żadnych wykazać się dających zboczeń i nigdy dotąd żadnych chorób, któreby można do żołądka odnosić, nie przebywali.

Ogólne wnioski, dające się wysnuć z naszych rozbiorów dla soków osób zdrowych otrzymanych metodą zmodyfikowaną przez nas w sposób wyżéj podany, są następujące:

1) Treść wyciągnięta jest przeźroczystą, lekko opalizującą, bez strzępków lub z nielicznemi, śluzowemi białemi;

2) Oddziaływa zawsze kwaśno; stopień kwaśności różny, gdyż waha się między 1 a 13 (przyp. I i X), przeważna jednak liczba okazuje 4—6 (przypadek II—VIII);

3) Na próbę Malyego, którą stósowaliśmy dla wykrycia wolnego HCl, odpowiada dodatnio (przyp. I—X[2]) z wyrazistością stojącą w prostym stosunku do stopnia kwaśności;

4) Posiada pepsynę, bo sztucznie trawi w rozmaitym jednak czasie, gdyż przy użyciu kawałka kurzego białka, ważącego 6 cgm., czas ten waha się od 4—8 godzin i to jak w tablicy zależnie od stopnia kwaśności przy 13 (X) w 4 godz. przy 4 (II) w 8 godz. W przyp. I nawet po 24 godz. strawienie nie nastąpiło, tu też była najmniejsza kwaśność; odnosił on się do osobnika jakkolwiek zdrowego, jednak wątłego a możemy odrazu dodać, że z rozbiorów licznych wynieśliśmy przekonanie, że i stopień kwaśności i siła trawiąca soku idzie w parze z ogólném wejrzeniem, odżywieniem i budową badanego. Czy wiek i płeć wchodzą tu w rachubę, na podstawie dotychczasowych doświadczeń nie kusimy się rozstrzygać.

Przypadki IX i X[3]), w których znaleźliśmy względnie wielką kwaśność, są osoby wyznania mojżeszowego i na podstawie doświadczenia możemy wypowiedzieć zdanie, że u ludności tego wyznania znajdowaliśmy największe stopnie kwaśności, najlepsze oddziaływanie na próbę Maly'ego. Nie pochodzi to zapewne z innoplemienności, lecz ze sposobu żywienia się, w skład którego wchodzą rzeczy drażniące błonę śluzową, jak czosnek, cebula, śledź itd.

Przystępując do rozbioru przypadków chorobowych z góry uprzedzić musimy, że zbłądziłby ten, ktoby spodziewał się z rezultatów tą metodą otrzymanych pozyskać możebność ścisłego anatomicznego rozpoznania, że sok taki a taki odpowiada takim a takim zmianom na błonie śluzowéj żołądka; do tego trzebaby znacznéj liczby przypadków, któreby tą metodą tuż przed śmiercią były badane, a zmiany żołądka skrupulatnie i wszechstronnie mikroskopowo stwierdzone; do tego trzebaby poznania jeszcze innych funkcyj żołądka, jak wchłaniania, siły mechanicznéj itd. Żądania jak na teraz dla nas do wykonania niepodobne. Nie stanowi to ujmy dla metody, która nie jest przecież ostatnim wyrazem w tym kierunku, i bynajmniéj nie rości sobie do tego pretensyi, która jest dobrą, bo lepszéj nie mamy, a daje przecież coś, na czém się oprzeć można, a czegośmy innym sposobem badania dotychczas stwierdzić nie mogli. Weźmy przykład:

Chory uskarża się na rozmaite przypady żołądkowe, jak brak apetytu, gniecenie, niesmak, odbijanie itd. Badając go dotychczasowemi sposobami w najlepszym razie stwierdzimy obniżenie dolnéj granicy żołądka, o zboczeniach w funkcyjach organu pojęcia mieć nie możemy, stosując zaś opisaną metodę nie dochodzimy wprawdzie nieraz, jak to wspomnieliśmy, do ścisłego rozpoznania, poznamy przynajmniéj zboczenie niektórych funkcyj, rozpoznamy więc chociaż „symptomatycznie," a w najgorszym razie zastosujemy leczenie również przypadowe, ale przynajmniéj racyjonalne.

Poprzedziwszy tą uwagą szczegółowy rozbiór naszych wyników doświadczeń na przypadkach chorobowych nadmieniamy, że te ostatnie ze względu na zachowanie się otrzymanéj treści dadzą się ugrupować w trzy szeregi.

Przypadki XI—XVI[1]) nie wykazują nam tych cech, jakie dla prawidłowego stanu podaliśmy. Wprawdzie oddziaływają kwaśno, stopień jednak kwaśności nie sięga 4, który byliśmy w prawie przyjąć za najniższy prawidłowy; na próbę Malyego dają wynik ujemny i nawet po 24 godzinach znanéj ilości białka nie trawią, czyli że najprawdopodobniéj zawierają HCl w ilości zmniejszonéj, podobnie i pepsynę (po dodaniu 0·1% HCl trawią, patrz tablicę). (Dok. nast.)

II. O związku przyczynowym zapalenia dziąseł z innemi chorobami.

(Rzecz miana na Walném Zebraniu Wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół nauk Poznańskiego dnia 23-go Czerwca r. 1881).

Przez Dr. Kaczorowskiego.

Jakkolwiek jama ustna już dla przechowanego od wieków zwyczaju, oglądania języka jakoby zwierciadła żołądka, niezbędny i prawie wstępny stanowi przedmiot ogólnego badania lekarskiego chorych, na dziąsła przy tej sposobności powszechnie zaledwie pobieżna zwraca się uwaga.

Zaniedbanie dokładnego w każdym przypadku choroby

---

[1]) Przypadków podobnych zbadaliśmy 24, z których 10 przytoczyliśmy.

[2]) Robimy tutaj uwagę, że najmniejsza kwaśność, w obec któréj otrzymywaliśmy reakcyję na HCl sposobem Malyego jest 4—5, poniżéj próba daje wyniki ujemne.

[3]) Między 24 mamy takich 5.

[1]) Podobnych rozbiorów mamy jeszcze 16.

zbadania dziąseł głównie ztąd pochodzi, że nauka lekarska dotąd mało wagi przywięzuje do zboczeń w odżywianiu tej części ciała. Wyjąwszy bowiem niektóre nieprawidłowe zabarwienia dziąseł, n. p. blade w niedokrwistości, sine w gnilcu, fiołkowy rąbek w otruciu ołownêm, dalej wybroczyny w plamicy, krwawienia w kwawicy, pleśniawki źle trawiących osesków a mocno zapadłych starszych chorych, nareszcie swoiste zapalenia przymiotowe i rtęciowe — podręczniki lekarskie nie podają dalszych ani semiotycznych ani patogenicznych właściwości chorobowo zmienionych dziąseł, odsełając resztę ich zajęć do chirurgii. Proste zaś zapalenia dziąseł, będąc często połączonemi z chorobami zębów, obecnie prawie wyłącznie zaprzątają dentystów, a nie lekarzy.

Wprawdzie już najdawniejsi lekarze spostrzegając u dzieci w pierwszym okresie ząbkowania, jak pewne zboczenia w czynnościach i odżywieniu rozmaitych narządów, n. p. nieżyty dróg pokarmowych i oddechowych, zaburzenia czynności ośrodków nerwowych, choroby ócz, skóry — powstawały z poczynającém a upadały z dokonaném wyrznięciem się ząbka, osobliwszy przypuszczali związek pomiędzy ową sprawą rozwojową a chorobami dopiero co wymienionemi. Wszakże w obec tak wyraźnych niedomagań z okoliczności „trudnego ząbkowania“, jako powód obwiniano prące ku dziąsłom ząbki, a bynajmniéj same dziąsła, które nawet celem ułatwienia wydobycia się ząbków nożem nacinać zalecano. Nowocześni znów patologowie, niemogąc się zgodzić na to, ażeby fizyjologiczna sprawa ząbkowania chorobowe wywoływać zdołała objawy, uważają wszystkie podczas ząbkowania zachodzące choroby z rodzaju wzwyż wymienionych za czysto przypadkowe, od owej sprawy wcale nie zależne, a co najwyżéj, gdy chodzi o zaburzenia nerwowe, za wypływające z wygórowanéj, wiekowi dziecęcemu właściwéj odruchliwości nerwowéj.

Jeżeli jednak pmimo najpoważniejszych zaprzeczeń naukowych zdarzają się przypadki, których oczywistości wielu lekarzy a nawet niejedna doświadczona matka nie dadzą sobie wyperswadować, że u niektórych dzieci każdy prawie nowo przybywający ząbek zwiastowywany bywa już to gorączkowym niepokojem, już to wymiotami, zaparciem stolca albo biegunką, już to uporczywym kaszlem, już też to każdorazowemi napadami kurczów ogólnych, a przypadłości owe jakby rószczką czarodziejską zażegnane zostały, skoro nareszcie wyłonił się tyle upragniony przybysz, — rzecz taka nie może zależeć od ślepego trafu.

Według zdania mojego zwolennicy i przeciwnicy „trudnego ząbkowania“ pogodzić się dadzą, jeżeli podstawy zachodzącego tu związku przyczynowego nie w ząbkach, ale raczej w dziąsłach szukać zechcemy. Śledząc bowiem uważniéj w czasie ząbkowania stan dziąseł: łatwo przekonać się można, że dziąsła lekko ząbkujących dzieci, jakkolwiek trochę rozpulchnione, nie zmieniają barwy, raczéj bladziéj niż zwykle wyglądają, niemniéj że dzieci owe prócz obfitszego ślinienia i swędzenia dziąseł, zdradzanego zaciskaniem usteczek i wkładaniem do nich twardszych przedmiotów, innych nie okazują objawów podrażnienia. Inaczej wcale przedstawiają się dziąsła „trudno ząbkujących“ dzieci, albowiem bywają mniéj więcéj zarumienione, suche, napięte, połyskujące, nabrzmiałe, cieplejsze i to nietylko ponad wydobywającym się ząbkiem, ale często nawet w szerszéj albo całéj rozciągłości odnośnéj szczęki. Mamy więc wtedy przed sobą zapalne podrażnienie dziąseł, które zazwyczaj nie przekracza granic przekrwienia; w razie dłuższego trwania jednak powierzchowne sprowadza owrzodzenia (*erosiones*), albo też czasem głębiéj w podśluzową zapuszczając się tkankę ograniczone wytwarza ropnie.

Przypuszczając tedy, że owo zapalenie dziąseł z biegiem okolicznościowych warunków pełzając daléj po powierzchni ościennych błon śluzowych rozprzestrzeni się najprzód na język i na całą jamę ustną, ztamtąd na połyk, ztąd rozmaitemi szlakami dołem już to na żołądek i jelita, już to na krtań, tchawicę i oskrzele, górą na jamę nosową, przez przewody łzowe na oczy, przez sito na błony mózgowe, przez trąbki Eustachego na ucho wewnętrzne, błędnik i mózg; przypuszczając dalej, że uciśnione w zapalonych dziąsłach zakończenia nerwu troistego przenosząc podnietę na inne tegóż nerwu gałązki, albo też zwrotną drogą na nerwy naczynioruchowe bliższych lub odleglejszych prowincyj ustroju, wzbudzą nerwobóle, napady kurczowe, zapalenia skóry i wewnętrznych narządów, wytłumaczyćby można dość snadnie powstawanie wszystkich owych do trudnego ząbkowania odnoszących się chorób jako propagacyję per continuum et contiguum i jako sprawy odruchowe zapalenia dziąseł.

Ząbkowaniu samemu w têm wszystkiém o tyle tylko współdziałającą rolę przypisać wypadałoby, o ile podczas owéj fazy rozwojowéj podobnie jak i w innych, n. p. owulacyi, żywszy przypływ limfy okrążając nowo wytwarzający się narząd, do wywędrowania liczniejszych białych ciałek krwi dać pochop i zawiązkiem zapalenia stać się może. Przyczyny zaś istotnéj zapalenia szukać należy w zakażeniu grzybkami, które jak w martwéj materyi organicznéj tak i w wykolejonych leukocytach dogodny do zalęgania grunt znajdują. Od dawna hołdując temu obecnie coraz więcéj przedmiotowéj podstawy zyskującemu poglądowi na powstawanie przeważnéj części chorób, mianowicie zapalnych, od lat kilkunastu zmierzałem choćbytymczasem wynikami postępowania leczniczego, zastósowanego do teoryi pasorzytniczéj, przyczynić się do jéj popierania, dopókiby udoskonalone sposoby drobnowidowego badania nie zdołały unaocznić jéj rzeczywistości [1]).

Stósownie więc do wzwyż określonego zapatrywania na powstawanie chorób trudno ząbkujących dzieci, w danych przypadkach zapalenia dziąseł, ograniczając się prawie wyłącznie do poddawania onychże ustawicznéj dezinfekcyi, prawie zawsze zauważyć mogłem, że w obec takiéj terapii owe ząbkowaniu towarzyszące przypady chorobowe z ustaniem zapalenia dziąseł, niekiedy po kilkunastu godzinach (n. p. objawy nerwowego podrażnienia), a zawsze daleko rychlej ustępowały aniżeli w obec zwyczajnego leczenia poszczególnie dotkniętych narządów.

Do odwietrzania zapalonych dziąseł używam przeważnie j o d k u i to w rozczynie soli kuchennéj (n. p. Sol. natrii chlorat 1,0 na 100,0, Tr. Jodi 0,25 — 0,05, stósownie do wieku dziecka), w téj formie bez wstrętu przez dzieci przyjmowanego. Ze względu że dzieci płukać ust nie potrafią i że stykanie się także połyku z lekiem jest pożądane, we wnątrz go podaję co ½ godziny lub co godzina po łyżeczce, poczém nietylko nigdy żadnych szkodliwych następstw nie uważałem, ale wprost błogie oddziaływanie na żołądek zazwyczaj także w obręb zakażenia wciągany.

Już po kilku godzinach takiego lekowania rumień i suche napięcie dziąseł zwykły się zmiejszać, niepokój i gorączka dziecka zwalniać, a jeżeli w parze z zapaleniem dziąseł szły wymioty, biegunka, gwałtowny kaszel, rzężenie w krta-

[1]) Pamiętnik z II Zjazdu Lekarzy polskich we Lwowie, rozprawa: o terapii zastósowanéj do teoryi pasorzytniczéj.

ni, napady kurczowe, zapalenia spojówki ocz, wypryski skórne i t. d. — wszystkie owe tak różnorodne zjawiska chorobowe, jakby do wspólnego mianownika sprowadzone, ustępowały niezwykle rychło w miarę blednienia dziąseł, chociaż wyrznięcie ząbka nieraz długo jeszcze się ociągało. Samo się przez się rozumie, że mam tu na myśli objawy spowodowane nieżytowemi tylko zajęciami, które zaostrzając się śród wyrzynania się każdego prawie ząbka, często całemi tygodniami uporczywie utrzymywać się zwykły.

Jeżeli więc tak prosta medykacyja, z którą co prawda łączono jeszcze regularne wypróżnianie stolca za pomocą olejku rycynowego, oddziaływając naocznie na usunięcie zapalenia dziąseł, uśmierzającym tym wpływem sięgać zdoła tak odległych ognisk podrażnienia, niepodobna nie dochodzić do opartego na wyniku ex juvantibus wniosku, że punktem wyjścia owych różnorodnych zjawisk chorobowych jest nie co innego jak zapalenie dziąseł.

Uprawnienie do podobnego wniosku z skutku leczniczego nie byłoby w nauce lekarskiéj rzeczą wyjątkową, wszak na nim opieramy rozpoznanie w niektórych wątpliwych przypadkach zakażenia przymiotowego, wszak na nim budując stworzył Lister swą słynną teoryję zakażeniu ran.

Dalsze na tej samej terapeutycznéj drodze postępujące śledzenie tego przedmiotu naprowadziło mnie na trop, że takiż sam związek przyczynowy pomiędzy zapaleniem dziąseł a innemi cierpieniami jak u dzieci ząbkujących tak i w późniejszym wieku mutatis mutandis zachodzi, czego już a priori spodziewać się należało. Dorosłe osoby dostarczają nawet użyteczniejszego do rozświecenia téj kwestyi materyjału, bo kiedy u dzieci zazwyczaj ostre pojawiają się przypadki zapalenia dziąseł i za sobą prowadzą szybko przemijające, nadto światła podmiotowego pozbawione obrazy chorobowe, u starszych przewłoczny przebieg niektórych zajęć dziąsłowych nie mniéj towarzyszących im zboczeń zdrowia pozwala w obec możności wszechstronnego przedmiotowych i podmiotowych zjawisk zbadania, dokładniéj śledzić wzajemny stosunek pretendowanéj przyczyny a podejrzywanych jéj następstw. — Jeżeli bowiem doświadczy się, że poważne, i długo trwające sprawy chorobowe opierające się powszedniemu leczeniu, dopiero z uleczeniem dziąseł ustają a z powrotem zapalenia dziąseł na nowo się pojawiają, wtedy argument, aczkolwiek na słabéj bo terapeutycznéj tylko oparty podstawie, większéj nabierze wagi, a skoro dowolnie po kilka kroć zawieszając leczenie dziąseł też same co dawniéj zdołamy wskrzesić cierpienia, wzniesie się nawet do znaczenia fizycznego eksperymentu.

Tak postępując utrwaliłem się w swoich wnioskach o ważności tak mało dotąd pod względem patologicznym cenionego stanu dziąseł i mam sobie za obowiązek polecić ten przedmiot uwadze kolegów, których zbiorowa dopiero praca nieuprawianą dotąd wcale ową niwę etyjologiczną wyzyskać zdoła ku najważniejszemu zadaniu nauki lekarskiéj, t. j. zapobieganiu chorobom, zadaniu jakiemu, tutaj łatwiéj i skuteczniéj aniżeli na innem polu patologicznem środkami nam przysługującemi sprostać będzie można. (C. d. n.).

III. Oceny i sprawozdania.

Hydroterapija. Napisał Dr. Stanisław Smoleński, Członek koresp. Towarzystw lekarskich krakowskiego i warszawskiego, kierownik Zakładu leczniczego w Jaworzu na Śląsku. Kraków 1884. Nakładem Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich. Druk W. Korneckiego, 8ka większa str. 185.

Krytyczna ocena pracy pośledniéj naukowéj wartości nie przedstawia dla wykształconego lekarza żadnéj trudności. Rzecz się zmienia, gdy przed nami leży dzieło ściśle umiejętne, celujące pod względem formy i treści. Wtedy zalety pokrywają braki, nie łatwo więc wykryć niedostatki i wykazać autorowi, o ile praca jego odpowiada założeniu i jakie wyda owoce. Rzucenie garści pochlebnych frazesów bywa wówczas niebezpiecznem; w roztaczanych bowiem przez recenzenta pochwałach mężowi nauki nie podobają się „mdłe cukierki,“ o piszącym zaś ktoś wraz z Rochefoucaul'dem wyrazić się może: „chwali, bo chce być wzajem chwalony.“

W języku polskim nie mieliśmy dotychczas dzieła traktującego o wodolecznictwie w całości. Dr. Smoleński, zachęcony przez prof. Dra Korczyńskiego, postanowił zaradzić temu brakowi i tém samém zapoznać lekarzy naszych z ważną gałęzią medycyny praktycznéj—z hydroterapiją, uważaną zazwyczaj, jak słusznie powiada Winternitz, za pasorzyta na drzewie umiejętności lekarskich. Po kierowniku zakładu wodoleczniczego, znanym powszechnie z prac fizyjologicznéj i klinicznéj treści, można się było spodziewać pracy sumiennéj i umiejętnéj. Szczerze atoli wyznam, że przeszła ona oczekiwania moje, a doznawszy po przeczytaniu dzieła Dra S. głębokiego i miłego wrażenia obawiam się popadnięcia w przesadę pochwał.

Dr. S. w najnowszéj swéj publikacyi wybiega po za sferę zręcznego zużytkowania cudzych badań i obcych spostrzeżeń. Wszędzie czuje się samodzielnego, świadomego siebie lekarza, co umie łączyć krytyczny rozbiór klinicznych spostrzeżeń z wynikami fizyjologicznego badania. Przebija wprawdzie tu i owdzie przewaga teoryi nad względami praktycznemi, lecz to powszechna cecha współczesnych pisarzów lekarskich, od których wszakże nasz autor odróżnia się obszernym na rzecz poglądem, cechującym wychowańców kliniki krakowskiéj — wolnéj od skostniałych form modnego w Niemczech patrzenia się na chorobę nie na chorego. Jeżeli wolno użyć porównania to, mojém zdaniem, dzieło Dra S. najwięcéj zbliża się pod względem układu i zwięzłości do zarysu hydroterapii Rossbacha (*Lehrbuch d. physikalischen Heilmethoden* 1881).

Autor oddziela hydroterapiję od aëroterapii i ze względu, iż przy leczniczém zastósowaniu wody prócz czynników termicznych i mechaniczne czynniki objawiają swe działanie, słusznie odrzuca nazwę termoterapii (leczenia cieplikowego) wprowadzoną w r. 1868 przez Dra Czerwińskiego.

Dzieło roztrząsane rozpoczyna historyczny pogląd na rozwój hydroterapii, znany już z Pam. Tow. lek. warsz., w którym dzieje dyjetetycznego i leczniczego użycia wody w Polsce opracowane są *con amore*. Autor wszakże nie rozwinął szerzéj swego poglądu na rozwój wodolecznictwa w nowszych i najnowszych czasach na wzór Petersena, a choćby nawet Plohna, chociaż rys postępów hydroterapii w naszych czasach bardziéj byłby pouczającym niż obraz stuletniego jéj zaniedbania w wiekach średnich. Usterkę tę każdy poczuje, co umie cenić doniosłość genetycznego rozwoju umiejętności lekarskich.

* * *

Prześlicznie opracował autor część teoretyczną czyli ogólną hydroterapiję. Dr. S. mówi w niéj naprzód o miejscowém działaniu podniet termicznych na nerwy czucia i ruchu, oraz o wpływie ciepła lub zimna na krążenie krwi i mięśnie. Daléj wykłada autor o działaniu odruchowém podniet termicznych na układ mięśniowy, krążenie krwi, na serce i parcie krwi, na oddechanie, na czynności wydzielnicze gruczołów i krą-

żenie limfy, poczém przechodzi do działania ciepła i zimna na ciepłotę ciała, tudzież różnéj ciepłoty na utratę i wytwarzanie ciepła. Następnie podaje Dr. S. teoryję działania wpływów termicznych na ciepłotę ciała; z kolei przystępuje do działania wpływów termicznych na przemianę materyi, wydzielanie i ciężar ciała; wreszcie mówi o znaczeniu podniet mechanicznych w hydroterapii, tudzież picia wody. — Dr. S. w wykładzie swoim ściśle trzyma się przedmiotu, starannie unika wszelkich hypotetycznych objaśnień, nie robi dygresyj w dziedzinę terapii i wcale nie nadużywa ulubionéj dziś frazeologii fizyjologicznéj. Skutkiem tych zalet wykład celuje wielką zaiste jasnością. Każda prawda naukowa, każdy fakt umiejętnie sprawdzony, wychodzi tutaj misternie wyrzeźbiony, cały zaś obraz wyników fizyjologicznych badań pociąga plastyką i wdziękiem przedstawienia, co wszystko niezmiernie ułatwia zrozumienie przedmiotu i zatrzymanie w pamięci zasadniczych pojęć. Być może, że różnica między krótkiém a dłuższém działaniem podniet termicznych nie zbyt jasno występuje, może tu i owdzie nie uwzględniono badań z ostatnich trzech lat, lecz to nie przeszkadza uważaniu ogólnéj hydroterapii Dra S. za istne pieścidełko i wzór naukowego wykładu.

Drugą część dzieła poświęca autor metodyce hydryjatrycznéj. Szczegółowo bardzo i dokładnie opisuje on zabiegi hydryjatryczne (omywanie, nacieranie, zlewanie, natryski, różne rodzaje kąpiel, okłady, opaski, otulenia, łaźnie, wstrzykiwanie wody i przyrządy chłodzące), opiera je, o ile na to zezwala dzisiejszy stan umiejętności, na faktach fizyjologicznych, wreszcie podaje wskazania i przeciwwskazania dla każdego zabiegu. Autor uznaje niezmierną ważność technicznéj strony hydroterapii, spodziewać się przeto było po nim można większego uwzględnienia techniki hydryjatrycznéj z uwagi na potrzeby lekarzy praktycznych, mało obeznanych z tym przedmiotem, zwłaszcza, iż hydroterapija z prawdziwą korzyścią może być stosowaną w praktyce domowéj i szpitalnéj.

* * *

Wierni zasadzie: *medica mente non medicamentis* lub sydenhamowskiemu hasłu: *medicus sum, non vero formularum medicarum praescriptor,* nie jesteśmy wraz z autorem zwolennikami podawania recept i formułek w ogóle, a więc i w zastosowaniu hydroterapii, dobry bowiem wodolekarz powinien umieć stosować sposób leczenia hydryjatrycznego do indywidualności chorego i chorobowego stanu. Mimo to jednak pozwalamy sobie wyrazić przekonanie, iż ujęcie różnych zabiegów hydryjatrycznych ze względu na ich działanie w pewne grupy i ustanowienie głównych form leczniczych (podniecającéj, kojącéj, przeciwgorączkowéj, odciągającéj, rozpędzającéj, ściągającéj itp.) bardzo bywa pożyteczném dla lekarzy nieobeznanych z postępowaniami hydryjatrycznemi. Uczynił to Pinoff, w części Winternitz, a nawet skeptyczny Runge, którego doświadczenie w rzeczach hydroterapii wysoko bywa cenione. Nie idzie tu o dzielenie zabiegów hydryjatrycznych na podniecające i uspakajające, lecz o połączenie różnych zabiegów z uwzględnieniem ich stopniowania lub zmiany dla osiągnięcia pewnego celu leczniczego. Tego zapatrywania nie podziela nasz autor.

Wreszcie autor naucza w sposób nader ścisły, o ile hydroterapija jest pożyteczną i uprawnioną w rozmaitych schorzeniach i zboczeniach chorobowych (zboczeniach w odżywianiu i przemianie materyi, zboczeniach w krążeniu krwi, w chorobach mózgu i rdzenia pacierzowego, w nerwicach ogólnych i obwodowych, zapaleniach różnych organów, niezytach, przewlocznych zatruciach, przewlocznych chorobach zakaźnych i chorobach gorączkowych). Tutaj w każdém zdaniu czytelnik spotyka się z syntezą, nie tą, co dopiero z teoryi i hypotez się składa, ale tą co przenika wszystkie objawy i warunki życia chorego. Jestto część znakomicie opracowana, prawdziwe *capo d'opera* Dra Smoleńskiego. Lepszéj klinicznéj hydroterapii w żadnym nie napotykamy podręczniku.

Dr. S. kończy dzieło swoje ogólnemi uwagami o leczeniu hydryjatryczném i zakładach wodoleczniczych. Autor widocznie obawiał się, aby praca jego nie urosła do większych rozmiarów i dla tego w téj części treść i formę poświęcił postulatom szkolnéj zwięzłości, wspominając zaledwie o sposobie życia i zachowania się chorych podczas leczeń hydryjatrycznych. Znając przekonania naukowe i kierunek myślenia Dra S. nie posądzamy go o lekceważenie czynników dyjetetyczno-higijenicznych. Usunięcie chorego z pod działania zwykłych szkodliwości, uporządkowanie i zmiana trybu życia, zmiana miejsca pobytu, świeże powietrze, właściwa dyjeta, wpływ nowego otoczenia, świeżość wrażeń, życie swobodne i uprzyjemnione, wszystko to niezmiernie ważną odgrywa rolę w leczeniach hydryjatrycznych. Żałujemy przeto, że sympatyczne pióro autora nie skreśliło z odpowiednią krytyką przepisów dyjetetycznych dla osób używających wzmiankowanych leczeń. Przepisy takie powszechnie bywają lekceważone zarówno przez publiczność jak i lekarzów, pozostających pod wpływem rutyny hydropatycznéj. Zresztą w wielu zakładach wodoleczniczych spotykamy się z dziwactwem i wybrykami wynikającemi z niedowarzonych pojęć o dyjetetyce i higijenie, o terapii higijenicznéj. Szybko również załatwia się autor z kwestyjami praktycznego znaczenia, z prawidłowym i anormalnym przebiegiem leczenia, trwaniem leczeń hydryjatrycznych, doleczaniem, skutkami nadużyć hydroterapii, a o środkach pomocniczych w leczeniu (mięsieniu, leczeniu elektrycznością, użyciu wód mineralnych itp.) wcale nie wspomina. Szkoda także, że autor za przykładem Rungego nie podał opisu wzorowo urządzonego zakładu wodoleczniczego. Treściwość i zwięzłość wielką bywa zaletą każdego dzieła mającego służyć za *repetitorium.* U nas atoli nie wykładają hydroterapii, a przyszli lekarze z wykładów klinicznych zaledwie dowiedzieć się mogą o zastosowaniu niektórych zabiegów hydryjatrycznych w pewnych tylko chorobach. W naszych przeto stosunkach nieco obszerniejsze praktyczne traktowanie przedmiotu nie zmniejszyłoby wartości książki, lecz raczéj uczyniło ją pożyteczniejszą.

Bądź co bądź Hydroterapija Dra S. jest publikacyją z celem pedagogicznym, w któréj autor dał się poznać jako utalentowany pisarz, umiejący połączyć ścisłość i zwięzłość z ponętną formą wykładu. Język autora i polszczyzna jest świetną i nieskazitelną, a na jego pochwałę dodać jeszcze należy tę ważną okoliczność, iż wszędzie uwzględnia prace polskich lekarzów.

Po tém wszystkiém, cośmy powiedzieli jesteśmy pewni, że Hydroterapija Dra Smoleńskiego dozna najżyczliwszego i najpochlebniejszego przyjęcia zarówno ze strony ogółu lekarzów jak i krytyki. Każdy lekarz odniesie z niéj korzyść, szczególniéj zaś zalecamy przestudyjowanie wzmiankowanego dzieła lekarzom zdrojowym.

Wreszcie uznanie należy się Wydawnictwu dzieł lekarskich polskich w Krakowie, zwłaszcza jego światłemu kie-

rownikowi prof. Korczyńskiemu, za wzbogacenie polskiego piśmiennictwa dziełem wielkich zalet i za poprawne pod każdym względem tegoż wydanie.

Dr. B. Lutostański.

IV. Zjazd Lekarzy i Przyrodników polskich w Poznaniu.

W miarę zbliżającego się terminu Zjazdu, rozwija Wydział gospodarczy coraz żywszą czynność, a biuro w ciągłéj pozostaje korespondencyi z lekarzami i przyrodnikami, którzy wywiadują się o sprawy dotyczące Zjazdu.

Po wysłaniu przeszło 400 zaproszeń osobistych do uczonych we wszystkich dzielnicach Polski mieszkających, a także i do wielu czeskich, stósownie do udzielonych sobie adresów, biuro zaprzestało dalszych wysyłek listów wzywających do współudziału w przekonaniu, że cały świat naukowy polski dostatecznie powiadomiony, złoży się, na co go stać, i że każdy lekarz i przyrodnik, któremu stosunki na to pozwolą, poczytywać sobie będzie za rzecz obowiązku, aby — jeżeli już nie odczytem — to przynajmniéj samą obecnością przyczynić się do jak największego udania się Zjazdu.

Z odczytami zgłosili się w dalszém następstwie Panowie:

51. Prof. Dr. Rydel (z Krakowa): O nowym sposobie rozcinania torebki przy wydobywaniu zaćmy.

52. Dr. Merczyng (z Petersburga): Temat dla sekcyi matematyczno-fizycznéj.

53. Doc. Dr. Wł. Lesser (z Lipska): O sprawach gruźliczych w kościach.

54. Dr. Chałupczyński (z Włocławka): O potrzebie interwencyi prawa w celu ukrócenia pijaństwa.

55. Dr. X. X.: O kliniczném znaczeniu peptonów w moczu.

56. Dr. Jendl-Sausenhofen (ze Starego miasta w Galicyi) treść późniéj będzie podana.

57. Dr. Łasiński (z Wrocławia) treść późniéj.

58. Prof. Szafarkiewicz (z Poznania): Ziemie wielkopolskie pod względem geologicznym.

59. Dr. Jerzykowski (z Poznania): Czy sublimat jako środek odwietrzający w położnictwie i w ginekologii przewyższa kwas karbolowy?

60. Tenże: *Radix gossypii herbacei* jako zastępno sporyszu.

61. Dr. Rakowski (z Inowrocławia): Tajemnica życia. Studyjum ze stanowiska nowoczesnéj nauki.

62. Dr. Rosiński (z Wronek): O leczeniu zapalenia nerek sporyszem (ergotynem) dla sekcyi medycyny wewnętrznéj.

63. Prof. Dr. Jar. Hlava (z Pragi): Odczyt z dziedziny anatomii patologicznéj.

64. Prof. Janovsky (III odczyt) o osutinach (osutkach) jodoformowych.

65. Doc. Dr. Chodounsky: Odczyt z klimatoterapii.

66. Dr. Laskiewicz Alfred, lekarz szpitalny Zakładu obłąkanych w Kulparkowie pod Lwowem: Odczyt z dziedziny terapii chorób nerwowych i umysłowych z demonstracyją preparatów drobnowidowych, odnoszących się do oftalmologii i dermatologii.

67. P. K. Lilpop, aptekarz w Warszawie: Uwagi w sprawie słownictwa chemicznego.

68. Dr. Bol. Wicherkiewicz (z Poznania): O nowym sposobie operacyi garbca rogówki.

69. Dr. Znatowicz (z Warszawy): Uwagi w sprawie słownictwa chemicznego.

70. Dr. J. W. Sawicki (z Grajewa): O związku przyczynowym zjawisk zachodzących w nerwach.

Poważna liczba 70 odczytów mogłaby się niejednemu wydawać zbyt obfitym materyjałem dla trzydniowego Zjazdu; uwzględniając jednakże dość znaczną ilość Sekcyj, które Wydział gospodarczy przewiduje, można będzie zawsze jeszcze dla większego pod względem treści uświetnienia Zjazdu ilość odczytów powiększyć. Z tego też to względu uważa się Wydział zniewolonym odroczyć dawniéj zapowiedziany termin do ostatecznego zgłaszania się z odczytami aż do 15 maja.

Na Zjeździe samym odczyty dla pojedyńczych Sekcyj umieszczone będą do wygłoszenia porządkiem takim, w jakim się prelegenci z odczytami zgłaszali.

Do poprzedniéj naszéj wiadomości o pracach Wydziału gospodarczego wkradła się pomyłka, którą tutaj naprawić wypada. Nie pan Henryk Potworowski, lecz Dr. Jerzy Potworowski z Wrześni będzie referentem do tematu przeznaczonego dla Sekcyi przyrodniczo-rolniczéj: O nawozach sztucznych.

Prof. Zahálka z Rudnic w Czechach, zmienił swój dawniéj podany temat na następujący: „Geologické poměny pyropových šlěřků v českém středohoří.“

Prof. Szokalski mieć będzie odczyt na posiedzeniu plenarném o Jędrzeju Śniadeckim.

Dr. Rejchman zamiast poprzednio zapowiedzianego odczytu podaje inny, a mianowicie: O „*dyspepsia aciaa.*“

Lubo Wydział gospodarczy pierwotnie odstąpił od myśli urządzenia wystawy przyrodniczo-lekarskiéj, a to ze względów czysto miejscowych, które urządzeniu takiéj wystawy zbyt znaczne stawiają u nas przeszkody, to jednak obecnie w skutek dość licznych, w ostatnim zwlaszcza czasie, dochodzących zapytań o wystawę i objawionych życzeń obesłania takowéj, zmienił Wydział o tyle to postanowienie, że postanowił w skromnych ramach i ile na to jeszcze czas i stósunki tutejsze zezwolą, przygotować stósowne miejsce i uporządkować przedmioty mające się nadesłać. Zadanie urządzenia małéj wystawy złożył Wydział w ręce chętnego i biegłego pod tym względem członka Wydziału gospodarczego, aptekarza p. Szymańskiego, Wrocławska ul. 31, do którego téż z wszelkiemi wystawy dotyczącemi sprawami odnosić się wypada. Nadmienia się atoli, że właściciele przedmiotów powinni ponosić wszelkie koszta przesyłek. Przedmioty nadające się do wystawy są następującego rodzaju:

1. Okazy prac badawczych z zakresu nauk przyrodniczych, lekarskich i technologii.

2. Wszelkie narzędzia i przyrządy badawcze z zakresu medycyny i przyrody, a zatém przyrządy anatomiczne, chirurgiczne, okulistyczne, położnicze, semiotyczne, ortopedyczne, elektrolekarskie, chemiczne, fizyczne, optyczne, meteorologiczne, astronomiczne itd.

3. Przyrządy i materyjały służące do pielęgnowania i opatrywania chorych i rannych.

4. Okazy leków surowych jakotéż cenniejsze a mniéj znane wyroby aptekarskie i wody mineralne; środki odwietrzające i odwaniające.

5. Rzadsze okazy flory, fauny, rozmaitych pokładów geologicznych, minerałów, okazy dotyczące antropologii i etnologii, zbiory wyrobów anatomicznych, anatomiczno-patologicznych. Daléj wyroby przyrodnicze i anatomiczne z różnych materyjałów, przedmioty higijeniczne i technologiczne, jakotéż okazy drobnowidowe.

6. Diagramy, kartogramy i mapy, sztychy, fotografije wszelkich przedmiotów odnoszących się do nauk lekarskich i przyrodniczych. Tak samo znakomite dzieła polskie, przyrodnicze i lekarskie w ostatnich dziesięciu latach wydane, lub rzadsze jakie antyki.

Wszelkie przesyłki dla wystawy przeznaczone winny jak najwcześniéj, w każdym razie przed 15 maja, tutaj pod adresem p. Szymańskiego nadejść.

Ze względu, iż w roku bieżącym przypada pięćdziesięcio-letni jubileusz znakomitéj działalności lekarskiéj i literackiéj, znanéj nie tylko w Polsce ale daleko po za jéj granicami, powszechnie poważanego i zacnego nestora okulistów polskich profesora Szokalskiego, powinien zdaniem Wydziału, IV Zjazd korzystać ze sposobności i chociaż skromny złożyć hołd i wyrazić cześć przynależną mężowi głębokiéj nauki a w pracy niestrudzonemu. To téż Wydział stósowne ku temu czyni kroki. Koledzy z innych zaborów, którzyby chcieli się w jakikolwiek sposób przyczynić do podniesienia chwil uroczystych, poświęconych prof. Szokalskiemu, zechcą z zamiarami swojemi zgłosić się łaskawie do Wydziału, ażeby plany ich, o ile się dadzą przeprowadzić, w odpowiednie ujęte być mogły ramy programu, który niezadługo rozesłanym będzie wszystkim chcącym uczestniczyć w Zjeździe.

W głównych zarysach przedstawia się program ten stósownie do uchwał zapadłych na jedném z ostatnich posiedzeń Wydziału gospodarczego w następujący sposób:

1. W sobotę dnia 31 maja tak komisyja jak i akademicy przyjmują na kolei gości, a biuro kwaterunkowe już w tym dniu rozpocznie swe czynności.

2. W niedzielę 1go czerwca dalsze przyjmowanie gości i rozkwaterowanie ich. Wieczorem kosztem Wydziału przekąska z herbatą w Bazarze.

3. W poniedziałek rano nabożeństwo w kaplicy królewskiéj w Tumie o godzinie, która późniéj będzie oznaczoną. O godzinie 12-éj pierwsze plenarne posiedzenie (w teatrze), po zagajeniu go wybór prezesem honorowym Dra Szokalskiego, któremu w stosownêm przemówieniu odda się hołd. Daléj deputacyje Tow. przyjaciół, okulistów polskich itd. O ½ do 5éj obiad w Bazarze. Wieczorem koncert.

4. We wtorek 3 czerwca przed południem i po południu prace sekcyjne. O 9éj wieczorem bal miasta Poznania.

5. We środę 4 czerwca przed południem prace sekcyjne, o 4éj godzinie plenarne posiedzenie, wieczorem teatr.

6. We czwartek 5go czerwca wycieczka do Gniezna i Kujaw.

Oczekiwania nasze dotyczące obniżenia opłaty przewozowéj na Zjazd na kolejach pruskich a wypowiedziane w przeszłym liście niestety zawiodły nas. Główne zarządy tych kolei odwołując się na jakieś nowe, lecz bliżéj w odnośnych pismach nieokreślone rozporządzenie, zwykle w takich razach udzielanych ułatwień wręcz dla naszego Zjazdu odmawiają.

Może nie od rzeczy będzie przy téj sposobności przypomnieć, na co zresztą główna dyrekcyja kolei w Berlinie przed niedawnym czasem zwróciła nam uwagę, że przy wspólnêm użyciu pociągu przez liczniejsze towarzystwo składające się najmniéj z 30 osób, koleje państwowe pruskie obniżają opłatę przewozową o 50%. Dobrzeby więc było, ażeby uczestnicy Zjazdu z większych miejsc zbornych jak np. z Krakowa, ze Lwowa, Warszawy itd. w większéj liczbie wspólnie na Zjazd się wybierali, aby módz w ten przynajmniéj sposób korzystać z ustaw zarządów kolejowych.

W końcu nadmieniam dla tych kolegów, którzyby Zjazdowi przedstawić zamierzali ciekawszych jakich chorych, że tak niżéj podpisany w swéj klinice ocznéj (św. Marcin Nr. 6) jakotéż Dr. Osowicki, ordynujący lekarz w szpitalu św. Józefa, gotowi są w tym celu chorych takich na czas Zjazdu umieścić bezpłatnie.

Jak dawniéj tak i tym razem upraszamy wszystkie redakcyje życzliwych pism o powtórzenie powyższych wiadomości.

Dr. B. Wicherkiewicz,
przewodniczący Wydziału gospodarczego IV Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

VI Posiedzenie zwyczajne Tow. lek. krak. z d. 2go kwietnia 1884.

Przewodniczący kol. Kwaśnicki. Członków obecnych 22.

1. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i bez zmian przyjęto.

2. Przewodniczący zawiadamia o dziełach Towarzystwu nadesłanych.

3. Przewodniczący oddaje w krótkiém przemówieniu cześć zasługom Dra Danka, lekarza pułkowego i członka zwycz. Tow. lek. krak., zmarłego d. 26go marca b. r. w Krakowie, poczém Zgromadzenie wyraża przez powstanie cześć jego pamięci.

4. Dr. Józef Pawiński z Warszawy wybrany został jednogłośnie członkiem korespondentem Tow.

5. Na wniosek kol. Domańskiego uchwalono jednogłośnie wyrazić Drowi Klinkowi w Warszawie podziękowanie za jego bezinteresowne zajęcie się rozsprzedażą Słownika lekarskiego, wydanego nakładem Tow.

6. Kol. Kohn zdał sprawę ze swoich obserwacyj w praktyce nad niektóremi lekami i narzędziami ginekologicznemi poczynionych. Mówił o *Fluid Extract Hydrastis Canadensis* zalecając go gorąco w krwotokach macicznych długotrwałych, zwłaszcza z powodu włókniaków lub przerostu błony śluzowéj macicy się pojawiających. Daléj mówił o jodoformie, a nie mogąc go polecić jako *resorbens*, chwalił nadzwyczajne jego przymioty jako środka zapobiegającego infekcyi. Okoliczność, iż w dość znacznéj liczbie przypadków operacyjnych położniczych i ginekologicznych często w nader niekorzystnych warunkach w praktyce wykonywanych nie miał od lat dwóch nawet gorączki w przebiegu pooperacyjnym, odnosi do tego, iż zawsze, ilekroć ręką lub narzędziem wchodzi do macicy, zakłada następnie do jamy macicy jodoform po przestrzykaniu rozczynem sublimatu. Jodoform zakłada w kształcie elastycznych drążków, które sobie ku temu celowi w aptece Radlera z jodoformu z żelatyną sporządzić kazał. Drążek taki w formie blaszeńca z łatwością cążkami do macicy wprowadzić można, gdzie się w kilku minutach żelatyna rozpuszcza a proszek jodoformowy rozchodzi się po wszystkich zaułkach błony śluzowéj. Sądzi, że drążek taki korzystniejszym jest od wdmuchiwania jodoformu, przyczém koniecznie i powietrze do macicy wdmuchuje się, co czasem nietylko nieobojętnêm, ale i niebezpiecznêm być może. Używa następnego przepisu: Rp. *Jodoform. praecip. 15.0, Gelatin. liquef. q. s. ut f. bacilli longit. 4cm. Nr. quinque.* Daléj przedstawił: *Ligaturschnürpincetten* Baumgartnera, praktyczne flaszki w osłonie kauczukowéj Leitera do sztućca położniczego, wziernik Bandla i wziernik Neugebauera. Ten ostatni przedstawił jako genijalny pomysł przed Simsa wziernikiem jeszcze powstały, zachwala nader dobre jego zalety i poleca jako wziernik nadzwyczaj praktyczny i poręczny dla każdego lekarza, wyrażając zdziwienie, dla czego u nas wziernik pomysłu uczonego polskiego i według zdania prelegenta najpraktyczniejszy nietylko tak mało jest używany, ale nawet mało znany. — W dyskusyi zabierali głos koll. Obaliński i Warschauer.

7. Kol. Balicki przedstawił rekonwalescenta z oddziału chirurgicznego prof. Obalińskiego, u którego tenże przed 10ciu dniami wydobył z prawéj strony szyi kilkanaście nowotworów *(lymphomata)* ważących razem blisko 2 kilogramy i zwrócił uwagę na tę okoliczność, iż w przypadku tym pomimo dość podeszłego już wieku, bo 65 lat, i pomimo rany tak znacznéj, bo prawie jednę stopę kwadratową wynoszącéj, a przytém nierównéj, zagojenie odbyło się w całém tego słowa znaczeniu przez rychłozrost, tak, iż w dniu dziesiątym po operacyi widoczną jest tylko linija od wyrostka sutkowego do obojczyka przebiegająca i na obydwu końcach kępkami ziarniny wielkości groszku (otwory po sączkach) opatrzona. Prelegent przypisuje ten wynik jakotéż i liczne podobne wyniki w różnych ciężkich na tymże oddziale wykonywanych operacyjach otrzymane tylko skrupulatnéj antyseptyce, opierającéj się przeważnie na działaniu sublimatu, jakkolwiek w bardzo słabych rozczynach, bo 1 gram na 40 gr. kwasu karbolowego i 4000 gr. wody.

Na têm posiedzenie zakończono.

Dr. Szymkiewicz.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Komisya sanitarna krakowska odbyła w dniu 22 b. m. pod przewodnictwem r. m. Dra Warschauera posiedzenie zwyczajne, na którém Fizyk miejski Dr. Buszek podał wykazy chorobliwości i śmiertelności w pierwszym kwartale r. b. i zawiadomił, iż ospa, która przez niejaki czas występowała dosyć często, prawie wyłącznie w najuboższych warstwach ludności niedbałéj o szczepienie swych dzieci, obecnie pojawia się o wiele rzadziéj. R. m. Dr. Jordan ofiarował miastu 100 egzemplarzy swej broszurki o sposobach zapobiegania gorączce połogowéj celem rozdania między akuszerki. Wyrażano mu za to podziękowanie. Sekcya IV Rady miejskiéj oświadczyła się nader przychylnie o projekcie Komisyi sanitarnéj tyczącym się kolonij wakacyjnych dla dzieci krakowskich i wyraziła zdanie, iż byłoby rzeczą najpraktyczniejszą założyć w tym celu osobne Towarzystwo, któremuby gmina powinna przyjść z pomocą. Wydanie ostatecznego sądu ze stanowiska sanitarnego o planach na dom kalek imienia ś. p. Helclów odłożono z powodu wyjazdu Architekta P. Prylińskiego do następnego posiedzenia. R. m. Dr. Jordan wniósł, by z uwagi, iż użycie odpowiednich środków antyseptycznych nader korzystnie wpływa na przebieg połogu i mnóstwu kobiet życie ratuje, rozdawać kosztem gminy pierwsze środki między kobiet ubogie, które ich będą potrzebować. Po długiéj dyskusyi, w któréj wszyscy zgodzili się jednomyślnie z myślą r. m. Dra Jordana i wypowiadali swe zdanie jedynie co do sposobu wykonania, przekazano wniosek ten wnioskodawcy celem przedstawienia Komisyi sanitarnéj projektu, w jakiby go

można wprowadzić w życie. Dalej wniósł r. m. Dr. Jordan, aby ze względu na to, iż akuszerki bardzo często zapominają w krótkim czasie po otrzymaniu dyplomu wszystkiego, czego się w interesie swego zawodu nauczyły i co umieć ciągle powinny, przedstawić Radzie zdrowia krajowéj wniosek o zaprowadzenie dodatkowych egzaminów dla akuszerek praktycznych i prosić jéj, aby sprawę tę poparła u Władz rządowych, gdzie tego będzie potrzeba. Wniosek ten przyjęto jednomyślnie. R. m. Dr. Domański nawiązując do znanych sobie przypadków chorób zaraźliwych, gdzie ze strony władzy miejskiej nie zarządzono należytych środków ostrożności mogących zapobiegać ich szerzeniu się, wniósł, aby wezwać magistrat o wypracowanie niezwłoczne według najlepszych źródeł a następnie przedłożenie Komisyi sanitarnéj projektu do regulaminu dla środków policyjno-lekarskich w chorobach zaraźliwych. Wniosek ten po dyskusyi, w któréj uznano niedostateczność obecnego postępowania, przyjęto jednomyślnie. R. m. Dr. Pareński wniósł, aby ze względu na możność katastrofy podobnej do warszawskiéj w kościele św. Krzyża postarał się Magistrat o to, aby drzwi we wszystkich kościołach otwierały się na zewnątrz a Dr. Paszkowski dodał, aby tożsamo zastósować do izraelickich domów modlitwy. Wniosek ten z dodatkiem przyjęto. Weterynarz miejski Dr. Walantowicz przedstawił wykaz czynności policyjno-weterynarskich w 1 kwartale r. b. Dokonano mianowicie katastru bydła według nowych wzorów i piętnowania bydła na rogach, odbywano rewizye rasowego mięsa, wędlin i ryb i nie pozwolono na sprzedaż ryb nieżywych na Wielki Piątek. W roku ubiegłym znaleziono u zwierząt do rzeźni przyprowadzonych 60 razy gruźlicę, 5 razy wągry i 2 razy żółtaczkę wysokiego stopnia. Trychin tak w roku ubiegłym jak i dawniej nigdy jeszcze w Krakowie nie znaleziono. Na urządzenie pracowni mikroskopijnéj w rzeźni miejskiéj uchwaliła Komisya sanitarna potrzebę asygnowania 50 złr. W końcu mówił r. m. Dr. Domański, aby ze względu na to, iż z odnowieniem się Rady miejskiéj w połowie sierpnia r. b. kończy się mandat Komisyi sanitarnéj w teraźniejszym jej składzie, Komisya sanitarna zdała sprawę ze swych czynności w ubiegającém trzechleciu i poleciła Fizykowi miejskiemu zebranie potrzebnych na ten cel materyjałów. Wniosek ten po krótkiej dyskusyi przyjęto.

Siódme sprawozdanie Dra Kocha jako przewodniczącego komisyi do zbadania cholery.

(S.) Przytaczamy na tém miejscu dosłowne tłumaczenie sprawozdania Dra Kocha, mieszczące bliższe szczegóły odkrycia prątków cholery w bagnach i stawach.

Kalkuta, dnia 4go marca.

„Szczególniejszém jest spostrzeżenie, że cholera występując nawet endemicznie ogranicza się do pewnych tylko miejscowości i wywołuje tam zarazy ściśle odgraniczone. Takie zlokalizowane małe zarazy spostrzegano w okolicy tak zwanych *tank*. Za objaśnienie niech posłuży wzmianka, że *tanki* sąto w całéj Bengalii nader rozpowszechnione stawki i sadzawki, które dostarczają wody na wszelki użytek mieszkańcom pobliskich chałupek, w wodzie téj kąpią się, myją się nią, myją w niéj sprzęty i piorą ubranie a wreszcie używają jéj za napój. Samo przez się rozumie się, że w obec tak różnorodnego użycia zanieczyszcza się woda w tych sadzawkach i nie posiada wcale własności odpowiadających nawet skromnym wymaganiom higijeny. Bardzo często zdarza się, że studzienki, jeżeli godzi się tak nazwać te urządzenia najprostsze, znajdują się na brzegu sadzawki, do któréj wylewa się woda w nich zawarta, a sam brzeg sadzawki bywa zbiorowiskiem nieczystości wszelkiego rodzaju, zwłaszcza kału ludzkiego. Tanki zawierają tedy wodę bardzo zanieczyszczoną a wśród takich warunków słusznie wprowadzają lekarze tutejsi cholerę w związek przyczynowy z zepsutą wodą studzienną. Epidemije zlokalizowane około tych sadzawek nie są wcale rzadkiemi a każdy lekarz mający większe doświadczenie zna z własnéj obserwacyi niejedną taką zarazę. To téż zaraz z początku zwróciłem uwagę na tę okoliczność i prosiłem, aby mnie zawiadamiano natychmiast o wybuchu takiéj epidemii w pobliżu Kalkuty i właśnie w ostatnich kilku tygodniach miało to miejsce rzeczywiście. W przeciągu kilku dni zaledwie doniesiono o nader stosunkowo częstych przypadkach cholery w Sacheb-Bagan, miejscowości należącéj do przedmieścia Kalkuty Baliaghatta. Wszystkie przypadki zaszły w kilku domach leżących ponad jednym stawkiem a zamieszkałych przez przeszło sto osób. Z mieszkańców tych zmarło osób 17, podczas gdy w całéj okolicy cholery wcale nie było. Zauważyć należy, że w przeciągu lat ostatnich wybuchała cholera kilkakrotnie w tém miejscu. Komisyja badała starannie początek i przebieg zarazy, przyczém okazało się, że woda ze stawku służyła mieszkańcom do kąpieli, mycia i picia, nadto że w tym stawku prano bieliznę chorego, który pierwszy zapadł na cholerę i z niéj téż umarł. Badano tedy wodę z tego stawku biorąc liczne próby w różnych odstępach i z różnych miejsc i posługując się żelatyną do żywienia prątków; w pierwszych z tych próbek znaleziono prątki cholery w ilości dosyć znacznéj. Późniejsze prątki, z czasu gdy zaraza ustawała, zawierały już nieliczne prątki, jakkolwiek pochodziły z miejsc stawku znacznie zanieczyszczonych. Skoro się zważy, że dotąd poszukiwano nadaremnie prątków tych w rozmaitych wodach, nawet w takich, które były narażone na znaczne zanieczyszczenie a w tym przypadku udało się po raz pierwszy wykazać typowe prątki cholery, należy rezultat niniejszy uważać za nader ważny. Pewném jest, że woda stawku zanieczyszczoną została prątkami w skutek prania bielizny cholerycznego, pewném jest niemniéj, że mieszkańcy używali téj wody do picia, należy tedy uważać ten przypadek za doświadczenie wykonane na ludziach, zastępujące zupełnie w tym razie doświadczenie na zwierzęciu, i za dalszy dowód prawdziwości przypuszczenia naszego, że prątki cholery specyficzne są istotną przyczyną téj choroby.

Jak dotąd jest ten przypadek odosobniony, pomimo to jednak wskazuje on nam drogę, po któréj przyrzut cholery może się dostać do organizmu i nie wątpię wcale, że w przypadkach podobnych możnaby wykazać prątki cholery w wodzie lub innych nośnikach tego przyrzutu.

Od czasu przesłania ostatniego mojego sprawozdania zbadaliśmy 20 zwłok cholerycznych, 11tu chorych i ich stolce. Tak więc zbadaliśmy w Indyjach 42 zwłok i 28 chorych. Przypadki ostatnie nie dostarczyły nowych rezultatów, ze względu na zachowanie się prątków były zupełnie podobne do przypadków poprzednio opisanych. Teraz rozpoczęliśmy szereg doświadczeń nad wpływem istot chemicznych jak sublimatu, kwasu karbolowego i innych środków odwietrzających na rozwój prątków cholery w cieczach odżywczych, następnie nad ich rozwojem pod wpływem kwasu węglowego i w braku przystępu powietrza; również nie ustajemy w usiłowaniach, aby przedstawić trwałą odmianę prątków, dotąd jednak nie udało się to wcale. Chcąc utrzymać prątki przy życiu należy je koniecznie chronić od uschnięcia, w płynach żyją one przez całe tygodnie a wszystko zdaje się przemawiać za tém, że w wilgotnym stanie bywają rozwlekane i dostają się do organizmu ludzkiego.

Niestety z powodu gorąca panującego już o téj porze w Kalkucie musiano zaprzestać dalszych poszukiwań; w ostatnich tygodniach bywało już tak gorąco, że z trudnością tylko można było zajmować się w pracowni.“

Statystyka epidemij. W tygodniu od 6—12 kwietnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 35,6. Z ospy umarło 16 (15 z. t.); z płonicy 1 (2 z. t.); z duru brzusznego 2 (0 z. t.); z róży 1 (1 z. t.); z czerwonki 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 6 przypadkach ospy, 1 ospianki, 6 płonicy, 1 duru osutkowego. W tygodniu od 30 marca do 5 kwietnia umarło z ospy w Londynie 13 osób. Świeżo zapadło 40, leczyło się w szpitalach 286. W Lizbonie umarło 1, w Brukseli, Paryżu, Liwerpolu, Murcyi po 2, w Birminghamie, Warszawie i Maladze po 3, w Wiedniu, Glasgowie, Bombayu po 4, w Madrycie 5, w Petersburgu 7, w Nowym Orleanie 16, w Pradze 49, w Madrasie od 25 stycznia do 1 lutego osób 147. Z powodu gorączek durzycowych mniéj umiera w Genewie, Paryżu i Petersburgu. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu, Madrycie, Maladze i Murcyi po 1, w Saragosie 3. W Bombayu umarły z cholery od 27 lutego do 4 marca 4 osoby, w Madrasie od 25 stycznia do 1 lutego osób 24.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 30 marca do 5 kwietnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 49,7; w Warszawie 32,3; w Wiedniu 33,5; w Pradze 42,6; w Tryjeście 29,8; w Berlinie 24,5; we Wrocławiu 37,4; w Gdańsku 27,1; w Mnichowie 36,8; w Dreźnie 25,8; w Lipsku 22,1; w Genewie 40,5; w Brukseli

30,1; w Amsterdamie 30,4; w Hadze 24,9; w Paryżu 29,6; w Londynie 21,9; w Kopenhadze 21,0; w Stokholmie 24,0; w Chrystyjanii 18,0; w Petersburgu 39,6; w Odesie 36,1; w Wenecyi 21,6; w Bukareszcie 36,9; w Madrycie 30,8; w Lizbonie 30,0; w Aleksandryi 34,3; w Nowym Yorku 24,4; w Filadelfii 24,2; w Madrasie 62,1. *J. B.*

Śmiertelność we Lwowie (liczącym 115.544 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). W tygodniu od 30 marca do 5go kwietnia r. b. zmarło 77 osób, co odpowiada na rok i 1000 mieszkańców 34·7. W tym czasie zmarło 2 osób z dyfteryi, 1 z dławca, 4 z krztuśca, 5 z duru brzusznego.

W tygodniu od 6 do 12 kwietnia r. b. zmarło 83 osób, co odpowiada na rok i 1000 m. 37·4 W tym czasie zmarło 2 osób z ospy, 1 z dyfteryi, 2 z krztuśca, 1 z duru brzusznego i 1 z gorączki połogowéj.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 24 kwietnia. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego nie przyszło do dyskusyi nad transfuzyją z powodu nieobecności na miejscu kilku kolegów; natomiast kol. Walentowicz objaśnił budowę płodu kobylego, przedstawionego na przeszłém posiedzeniu a kol. Jaworski czytał rzecz o stósowaniu soli karlsbadzkiéj i zachowaniu się jéj w przewodzie pokarmowym.

* Do Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie przystąpili jako prenumeratorowie: Drowie Chwistek Bronisław, Gońka Józef, Okuszko Antoni i Zgórski Kazimierz.

○ Wdowa po znanym antropologu Broce ustanawia nagrodę 1.500 franków, która ma być przyznaną w kwietniu roku przyszłego przez Tow. antropologiczne w Paryżu za rozprawę z dziedziny anatomii ludzkiéj, porównawczéj anatomii lub fizyjologii, odnoszącą się do antropologii.

* Przewodnika gimnastycznego (organu Towarzystwa gimn. „Sokół" we Lwowie) Nr. 4 z kwietnia r. b. opuścił prasę. Treść: Jakich zasad higijenicznych przestrzegać należy przy wykonywaniu ćwiczeń gimnastycznych? — Zarys ćwiczeń na skoczni (c. d.). — Cuda siły i zręczności. — Sprawy Towarzystwa gimnastycznego „Sokół". — Kronika.

* Otrzymaliśmy zeszyty 5—8 włącznie dzieła wychodzącego pod redakcyją Hirscha i Wernicha a nakładem Urbana i Schwarzenberga w Wiedniu p. t. *Biographisches Lexikon.* W 4ch tych zeszytach mieszczą się życiorysy lekarzy począwszy od Bartelsa aż do Brissota. Z lekarzy polskich znajdujemy bijografiję Bierkowskiego, Biesiadeckiego, Blumenstoka i Bojanusa. Uderzającą jest rzeczą, że o lekarzach polskich nie piszą współpracownicy polscy, lecz redakcyja sama, zkąd się tłumaczą błędy, jak np. że Bierkowski był prof. chirurgii w Warszawie, że nazwisko Biesiadeckiego w medycynie polskiéj nie jest odosobnioném. Są to wprawdzie błędy drobne, ale szpecące dzieło, które zresztą wielkie ma zalety. Do większych błędów zaliczyć wypada przekręcenie nazwiska prof. psychijatryi w Paryżu Balla na Bolla a tém samém przerzucenie go o całe 4 zeszyty i umieszczenie na miejscu niewłaściwém. Jeżeli takich błędów znajdzie się więcéj, dzieło na wielkie rozmiary założone straci dużo na wartości.

* **Berlin.** D. 15 b. m. rozpoczął się XIII Zjazd chirurgów niemieckich. Pierwszym przewodniczącym obrano Langenbecka, drugim i trzecim Volkmanna i Bergmanna. Z Polaków obecni byli prof. Mikulicz z Krakowa i Dr. Rydygier z Chełmna.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Bonn.** Dr. Prior, asystent kliniki lek., habilitował się jako docent prywatny medycyny wewn. — **Fryburg.** Parlament badeński uchwalił sumę 700.000 mark na budowę kliniki psychijatrycznéj oraz przytuliska połączonego z osadą rolną w Emmendingen pod Fryburgiem. — **Wiedeń.** Radca dworu i prof. nadzw. pedyjatryi Dr. Widerhofer mianowany został prof. zwyczajnym.

* **Konkurs.** C. k. Zarząd salinarny rozpisał konkurs na posadę lekarza salinarnego w Dolinie, połączoną ze stałém rocznémi wynagrodzeniem 315 zła. Podania wnieść należy do dnia 30 bm. do tegoż Zarządu.

* **Nekrologija.** We Wiedniu umarł med. Dr. August Stainer, radzca sekcyjny w ministerstwie spraw wewnętrznych, licząc lat 69. Zmarły przez lat 33 pracował w ministerstwie jako urzędnik sanitarny. — Również w Wiedniu umarł operator w klinice Alberta Dra Hornbostel w 27ym roku życia, a w Bernie morawskiém tameczny dyrektor szpitala Dr. Józef Heller.

W Krakowie umarł Dr. Wojciech Kazrlik, wysłużony fizyk salinarny w Wieliczce, licząc lat 74, a w Radymnie Dr. Władysław Rychlicki, wychowaniec szkoły krakowskiéj, padł ofiarą duru osutkowego w 34 roku życia.

W Monachijum umarł prof. Dr. Ludwik Frank, dyrektor tameczněj szkoły weterynarskiéj.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 16: Święcickieg: Wpływ piperydyny na skurcze pochwy; Polaka: Przyczynek do statystyki ruchu ludności w Warszawie. — W *Medycynie* Nr. 16: Schaittera: Wątpliwa konkurencyja trzech przyczyn śmierci.

Na fundusz wsparcia sierot po jednym z lekarzy prowincyjonalnych nadesłali: Dr. Grünhaut (z Sanoka) 2 złr.; Dr. Bojak (z Halicza) 2 złr.; Dr. Sysak (z Zebrzydowic) 2 złr.; Dr. B. (z Gorlic) 1 złr.; Dr. Obtułowicz (z Buczacza) 2 złr.; Dr. Dzikowski (z Podhajec) 3 złr.

Razem z poprzednio wykazanemi 79 złr. 55 kr.

Do Nru dzisiejszego dołącza się: Sprawozdanie z ruchu i postępu w Zakładzie zdrojowo-kąpielowym w Żegiestowie z pory zdrojowéj w roku 1883.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:				
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 3 maja 1884. № 18. Rok XXIII.

I. O związku przyczynowym zapalenia dziąseł z innemi chorobami.

(Rzecz miana na Walném Zebraniu Wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół nauk Poznańskiego dnia 23-go Czerwca r. 1881).

Przez Dr. Kaczorowskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 17).

Po tym wstępie niech mi wolno będzie zastanowić się najprzód nad powstawaniem tyle według mnie doniosłego zapalenia dziąseł, czyli nad jego zasadniczemi i okolicznościowemi przyczynami. Jeżeli tegoczesne badania patologiczne w coraz liczniejszym zastępie chorób wykrywają a w niektórych nawet na doświadczalnéj drodze stwierdzają chorobotwórczą istotę różnych drobnych ustrojów, przeważnie grzybków, zaprawdę dziwićby się wypadało, jakby jama ustna, owe główne wrota, przez które razem z powietrzem i pokarmami przeprawiają się wszystkie niewidome wrogi ustroju naszego, gdzie jako w przysionku do wewnętrznych jego komnat pewien czas zatrzymać się winny, bez szwanku opierać się zdołała temu nieustannemu najazdowi.

Wszakże za dobrego nawet zdrowia zawsze w ustach napotkać można grzybek włoskowca *(leptothrix)*, pleśnicę białawą (*oidium albicans*), które wszystkie czychają tylko na zdobycz a zasiliwszy się odpowiednią karmią w niezliczone pokolenia szerzyć się mogą. Twardy jak krzemień ząb nawet ostać się przed niemi nie może, próchnienie bowiem jego polega na toczeniu kości zębowéj (*dentina*) włoskowcem, według Davaina zaliczonym także do grzybków rozszczepnikowych, tak ważną rolę w wzniecaniu wewnętrznych chorób odgrywających [1]).

O ile łatwiejsza winna być rozprawa owych grzybków z miękkiemi dziąsłami, narażonemi na ustawiczne urazy, kruszące zasłaniający je przybłonek, a nadto w szparkach pomiędzy zębami nastręczającemi dogodne do zagnieżdżenia kryjówki. O możności więc zakażenia dziąseł grzybkami rozszczepnikowemi wątpić nie podobna, o dowody ścisłe na podstawie drobnowidowych badań w obec niepodobieństwa wyłączenia grzybków z zdrowych ust, kusić się jeszcze nie pora.

Po krótce napomknę tylko o okolicznościowych szkodliwościach usposabiających do zapalenia dziąseł, czyli obniżających odporność ich nabłonka w obec ustawicznie otaczających wrogów. Przypuścić tu można, jak w obec każdego narządu, szkodliwości mechanicznéj, chemicznéj i czynnościowéj rody. Do pierwszéj kategoryi zaliczyć można u dzieci ząbkujących urazy wywołane twardemi ciałami obcemi, podawanemi niemowlętom celem uśmierzenia dokuczliwego świędzenia dziąseł, n. p. pierścieniami kościanemi, czopami korzenia fijołkowego, któremi nie tylko błona śluzowa dziąseł łatwo nadwerężoną, ale nawet przyrzut ustrojowy przez tarcie dokładniéj w nią zaszczepiony być może. U dorosłych zęby nie mało chronią dziąsła od urazów, natomiast jeden z najważniejszych bodźców zapalenia tak dziąseł jak podniebienia stanowią sztuczne, zwykle na szerokich blaszkach kauczukowych osadzone zęby. Ucisk i szczelne przyssanie się tego przeważnie z kosmetycznych względów bardzo upowszechnianego przyrządu sprowadza na dziąsłach i podniebieniu maceracyję błony śluzowéj, jeżeli nie bywa dość często wyjmowany a jama ustna po każdém jedzeniu dokładnie oczyszczoną i desinfekowaną. Pomiędzy sztuczną bowiem a naturalną szczęką wytwarza się istna komora rozpłodowa grzybków, zasilana z utkwionych tam resztek pokarmów odżywczym materyjałem i należytą ogrzewana ciepłotą. Bujna, odbywająca się tutaj fermentacyja, zazwyczaj kwaśnego odczynu, przybiera częstokroć zgniły charakter, szczególniéj w tych przypadkach, gdzie przed założeniem oprawy zepsute zęby nie zostały wyrwane, ale krótko przy dziąsłach uszczknięte pienki gnijąc zwolna okalającą okostnę

[1]) Willinghby-Miller znajdują włoskowce tylko na powierzchni próchniejących zębów, w kanalikach dentyny zaś laseczniki (*bacilli*) a głębiéj jeszcze mikrokoki.

a ztąd i dziąsła ustawicznie zakażają. U takich osób zaniedbujących staranną ust toaletę, już z dala czuć obrzydliwą woń, a po wyjęciu sztucznych zębów dziąsła i podniebienie wstrętny przedstawiają widok podobny do surowego czerwonego, gdzieniegdzie szaro nakrapianego mięsa.

Z pomiędzy szkodliwości chemicznych na pierwszém miejscu wymienić wypada niestosowne ostre pokarmy, z sztucznemi przyprawami peklowane, lepkie, słodkie ciasta osadzające się między zębami, które drażniąc dziąsła zarazem grzybkom dostarczają odżywczego podścieliska.

Kwasy znów, lub rzeczy do kwaśnéj fermentacyi skłonne, szkodzą pośrednio, usposabiając do próchnienia zębów, z których się jad potém na dziąsła przenosi. Kwaśny bowiem odczyn cieczy ustnéj roztwarzając wapienne części kości zębowéj otwiera grzybkom przystęp do ich wnętrza. Wiele leków, jak kwasy mineralne, płynne przetwory żelaziste rtęć, ołów, fosfor, szkodliwie oddziaływają na zęby i dziąsła.

Do szkodliwości czynnościowych zaliczyć wypadnie zboczenia nerwów troficznych, zbytnią podnietę podczas okresów rozwoju tak zębów u dzieci, jak pokwitania w czasie miesiączki i ciąży u dorosłych, przeważnie jednak upadek innerwacyi odżywczéj w każdém ogólném niedomaganiu w skutek cięższych ostrych i przewłocznych spraw chorobowych, oddziedziczonego charłactwa, szczególniéj krzywicy i przymiotu, nawet w skutek pognębiających wrażeń psychicznych, po których zazwyczaj utrata łaknienia czyli nieżyt jamy ustnéj z powodu nagłego rozrostu w niéj grzybków często uczuć się daje.

Nareszcie najważniejszą tak w zawiązywaniu jak podtrzymywaniu zapalenia dziąseł rolę przypisać należy samemu zębowi, który w danych okolicznościach wszystkie trzy rodzaje szkodliwości na dziąsła wywiera; szkodzi im bowiem mechanicznie, gdy jest obluzowany, chemicznie, gdy gnije, czynnościowo poniekąd, gdy się przerzyna. Ruchomy ząb choć zdrowy drażni dziąsła nie tylko uciskiem, ale także użyczając grzybkom w podminowanych dziąsłach dogodnych do hodowli kryjówek.

Próchniejący ząb zaś drażni dziąsła raz ostrą swą wydzieliną chemicznie, powtóre niespożyte stanowi ognisko wylęgania grzybków przy lada sposobności w dziąsłach zaszczepić się mogących. Ile on pośredniczy w zapaleniu dziąseł, najjaskrawiéj okazuje fakt, że osoby o zdrowych zupełnie zębach, albo bez zębów, jak dzieci i starce, prawie nigdy nie podlegają ani rtęciowemu, ani gnilcowemu, ani fosforowemu zapaleniu dziąseł.

A teraz parę słów o poszczególnych formach zapalenia dziąseł. Do badania jamy ustnéj przystępując niezbędną jest rzeczą, przeświadczyć się, czy osoba badana nie używa sztucznych zębów, których usunięcia koniecznie zażądać należy. Jest to w obec płci pięknéj trochę delikatna materyja, bez dopełnienia wszakże tego warunku najokropniejsze spustoszenia dziąseł ukryć się mogą przed okiem lekarza. U ludzi dojrzalszego wieku zastaniemy zazwyczaj kilka spróchniałych zębów, a mianowicie trzonowych. Jeżeli ząb od środka próchnieje, nie wiele to oddziaływa na dziąsła, jeśli zaś od boków, przytykające brzegi dziąseł bywają mniéj więcéj zaczerwienione, nabrzmiałe, z obwódką mocno nastrzykniętą, a czasem nieco owrzodziałą. Jest to najpowszedniejsza forma zapalenia dziąseł o g r a n i c z o n e g o do próchniejącego zęba, która zwyczajnie nie sprawia wyraźnych dolegliwości, przy ostrém jednak nasileniu, spowodowaném bądź to niestósownemi pokarmami, bądź téż nagłemi zmianami cieploty, łatwo wzbudza nerwobóle twarzy w korespondujących gałązkach nerwu troistego, w gorszym razie znane u nas pod nazwą fluksyi, zapalenia tkanki łącznéj między dziąsłami i okostną, przechodzące zwykle w ropienie. Téj formie zapalenia dziąseł towarzyszy regularnie cuchnąca woń z ust, rano na czczo albo po dłuższéj wstrzemięźliwości od pokarmów odzywająca się, zależna właściwie od gnicia okostny, co jest rzeczą powszechnie znaną. Innem wszakże następstwem tegoż zapalenia, na które dotąd za mało zwracano uwagi, bywa regularny brak łaknienia w rannych godzinach, pochodzący z nieżytu jamy ustnéj, a szczególniéj języka, zazwyczaj o tym czasie grubo i szaro obłożonego, nieżytu wytworzonego rozprzestrzenieniem zakażenia z owego ograniczonego ogniska na ościenną błonę śluzową ust w czasie nocnego spoczynku, kiedy w obec zawieszonego przepłókiwania jamy ustnéj, tak napojami, jak obficiéj wydzielającą się śliną, chorobotwórczym grzybkom bezprzeszkodnie rozszerzyć się dozwolono. Tym samym sposobem tłumaczy się utrata łaknienia i za dnia po dłuższym poście, co u nas przegłodzeniem się nazywają.

Tęż samą formę o g r a n i c z o n e g o skutkiem podrażnienia zapalenia dziąseł napotkać można i w obec zupełnie zdrowych zębów, ale zlewającą się na okół kilku zębów trzonowych, powstałą skutkiem osadzających się resztek drażniących pokarmów, mianowicie lepkich słodyczy, po czém się zwolna kamień na brzegach zębów osadzać zaczyna; zapalenie to zdradza się od czasu do czasu powtarzającemi się nerwobólami w okolicy przyusznéj i skroniowéj, nie sprawiając koniecznie utraty łaknienia.

Drugą formę ograniczonego zapalenia dziąseł spostrzegamy zazwyczaj w obec zębów o zdrowych całkiem koronach, przeważnie przednich, poczynającą się od znacznego brzęknienia dziąseł, przybierających ciemno-czerwoną albo sinawą barwę, z charakterem atonii. Dziąsła zwolna odsuwają się od zęba, podwijają się, pokrywając się na wewnętrznéj powierzchni śluzem ropiastym. Ogołocona z dziąseł część zęba rzadzieje, obrusza się, albo pokrywa się kamieniem; w pierwszym razie ząb coraz bardziéj ulega obluzowaniu się i nareszcie cały choć zdrowy wypada.

Takim sposobem wiele osób, zaniedbujących pielęgnowania dziąseł, w późniejszym wieku pozbywa się bez bólu wszystkich z kolei zębów. Dotknięci tą chorobową zmianą dziąseł, którąby nazwać można zanikliwą (*atrophirend*), doświadczają obok obłożonego szczególniéj rano języka i nieregularnego łaknienia, dość często ciśnienia w dołku po jedzeniu, odbijania obfitych czczych gazów, świadczących o nieprawidłowych fermentacyjach w żołądku, zbierania się obfitéj śliny w ustach, czasem nerwobólów kurczowych żołądka. Zachodzące poniekąd ostre nasilenia zapalenia dziąseł przybierają czasem zgniły charakter, połączony z gorączkowym odczynem a nawet podrażnieniem mózgu. Po wypadnięcia reszty zębów owe chorobowe objawy bezpowrotnie ustają, dawno zatracone łaknienie powraca i nastaje okres znacznie polepszonego ogólnego zdrowia.

Nareszcie wyszczególnić wypada r o z l a n e po całych szczękach w obec chorych czy zdrowych zębów zapalenie dziąseł. W ostrych gorączkowych chorobach stanowi ono jako nieodstępny towarzysz długotrwałéj gorączki wtórorzędne zjawisko, wyrażające się ogólném przekrwieniem tak dziąseł jak i całéj jamy ustnéj. Dziąsła bywają mocno zaczerwienione, suche, połyskujące, w dalszym ciągu przybłonek się kruszy, gdzieniegdzie broczy

dziąsła i dolne brzegi zębów pokrywają się szarawym, później brudnym, czarnym jak sadze okładem, który na język i połyk się przenosi. Zajęcie to jamy ustnéj staje się głównym, jeżeli nie wyłącznym powodem nieprzezwyciężonego wstrętu chorych do przyjmowania choćby płynnych pokarmów.

W chorobach przewlocznych albo też u ludzi pozornie zdrowych a przynajmniéj nieuważających się za chorych, powstaje rozlane zapalenie dziąseł w zupełnie odmiennéj formie. W pierwszym zawiązku przedstawia ono wązki czerwony, rąbek w gzygzak brzegi zębów okalający, który coraz bardziéj się rozszerza. Wzdłuż tego rąbka ciągnie się na koronach zębów wąska jaśniejsza a po za nią szersza, brudna, czasem zielonawa smuga lepkiego śluzu, w którym drobnowid odsłania mnóstwo grzybków, zbitych włoskowców, laseczników i mikrokoków. W dalszym ciągu zapalenia rąbek czerwony coraz bardziéj się rozszerza, nareszcie całe dziąsła nabrzmiewają, ciemniejszą barwę przybierając, na brzegach wrzodzieją i broczą przy lada ucisku.

Téj formie zapalenia dziąseł towarzyszy **swoiste** cuchnienie z ust kwaśno-przyswędkowe, całkiem odmienne od wywołanego próchniejącemi zębami; utrata łaknienia, mianowicie na mięsne potrawy, wzdęcie i bolesność w dołku podsercowym i skłonność do zaparcia stolca.

Niekiedy z ostrym charakterem, a wtedy i z gorączką występując, przybiera zazwyczaj przewłoczny przebieg, już to postępując, już też cofając się w miarę zachowania się chorego pod względem dyjety—samo sobie pozostawione to zapalenie dziąseł prawie nigdy całkiem nie ustępuje, stając się dla wielu utajonem źródłem ogólnego wycieńczenia, wzniecającego zwolna coraz dłuższy szereg objawów rozstroju nerwowego, zacząwszy od bezsenności a kończąc nieraz nawet na zboczeniu umysłowém.

Formy zajęcia dziąseł powstające skutkiem otrucia rtęciowego, ołownego, przymiotowego, gnilcowego pomijamy tutaj, jako dostatecznie znane i należycie w patologii uwzględnione. (C. d. n.)

II. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

Nowy przyczynek do sposobów badania żołądka.

Rzecz wykonana w pracowni kliniki lek.

przez

Dra W. Ant. Gluzińskiego i **Dra W. Jaworskiego**
asystenta kliniki lek. docenta w Uniw. Jagiell.

(Dokończenie. Patrz Nr. 17).

Przypadki te odnoszą się po większéj części do lżejszych zboczeń, których głównym przypadem była niestrawność. Wyniki otrzymane nie pozwalają nam naturalnie posunąć się poza to symptomatyczne rozpoznanie, a jednak upraszczają postępowanie lecznicze, bo przynajmniéj nie mogąc wskazać, jak usunąć zboczenie, nie obznajmiając nas z jego naturą, dozwalają zmodyfikować jego skutki przez podanie tych środków, których brak badanemu sokowi (kw. solny, pepsyna). Doświadczenie nasze w tym kierunku wykazuje słuszność tych zapatrywań; ważniejszą rolę gra tu podanie HCl, który już sztucznie, jak z załączonéj tablicy widzieć można, w tych wszystkich przypadkach zrobił treść trawiącą i to w dość szybkim czasie.

Podawanie drugiego składnika, t. j. pepsyny, szczególniéj kupnéj, wydaje się w skutkach swych bardzo problematycznem już to, że każdy sok takową zawierać musiał, kiedy po dodaniu HCl trawił, już to, że doświadczenia (trawienie sztuczne) z pepsyną kupną wykonane przekonały nas, że preparaty z aptek otrzymane są zupełnie niedobre.

Pierwsze trzy przypadki (XI, XII i XIII) odróżniały się od innych, mogliśmy u nich z całą stanowczością rozpoznać niestrawność nerwową (*dyspepsia nervosa*).

Miały one miejsce u kobiet 20—30 lat liczących, okazujących rozmaite objawy nerwowe, u których głównym przypadem były wymioty bez nudności przy braku apetytu i bolesności nie stale zlokalizowanéj w okolicy żołądka, lecz z dnia na dzień przenoszącéj się z miejsca na miejsce. Że tę postać chorobową mieliśmy przed sobą, dowodzi najlepiéj przyp. XIII, w którym wszystkie te przypady (szczególniéj wymioty) wystąpiły zaraz po dokonaném zgwałceniu, a więc bodźcu psychicznym, dowodzi tego skutek leczniczy zabiegu niewinnego w przyp. XII, gdzie wprowadzenie jednorazowe zgłębnika żołądkowego (a więc znów wpływ psychiczny) usunęło natychmiast wszelkie przypady żołądkowe, tak że chora zadowolona ze swego stanu uważając się za zupełnie zdrową w kilka dni opuściła klinikę.

Rozpoznając jednak w tych trzech przypadkach niestrawność nerwową, do czego szczególniéj w przyp. XII i XIII mamy zupełną podstawę, stajemy w sprzeczności z dotychczasowemi pojęciami o téj chorobie.

Według Leubego, Glaxa itd. w niestrawności nerwowéj znajdujemy zawsze prawidłowe wydalenie pokarmów z żołądka (w 7 godzin po spożyciu) i sok prawidłowy.

Jakkolwiek po większéj części jestto słusznem, (nasze przypadki XVII i XVIII), nie jest jednak regułą dającą się wszędzie zastosować, bez któréj nie wolno rozpoznawać téj postaci chorobowéj, jak to widać z naszych trzech przypadków, w których i wydalenie [1]) było opóźnione [2]), a sok różnił się przecież od prawidłowego.

Wracając do dalszych przypadków od XIX—XXVI [3]) stwierdzamy różnicę od prawidłowego stanu w stopniu kwaśności, który jest, średnio biorąc, wyższy, próba Malyego daje zatém wybitną reakcyję, a mimo to sztuczne trawienie wolniéj się odbywa (granica 3½—12godz.) nie idąc w parze ze stopniem kwaśności, a więc upośledzenie działania drugiego czynnika, t. j. pepsyny.

Niestosunek ten zachodzący między temi integralnemi częściami soku żołądkowego moglibyśmy pojąć w dwojaki sposób.

Brücke [4]) w szeregu doświadczeń nad sztucznem trawieniem włóknika w rozczynach pepsyny przy wzrastającéj ilości HCl wykazał, że najszybsze trawienie miało miejsce, gdy rozczyn zawierał kw. solnego na jeden litr 0·86—0·88 grm., przy ilości 0·45gr. szybkość trawienia znacznie malała, również jednak i przy wzroście do 1·3 pr. mil.

Nie wchodząc na razie w to, czy liczby podane są ściśle, czy dadzą się wprost przenieść na prawdziwy sok żołądkowy, nie potrzebując uwzględnić téj okoliczności, że białko kurze, którego do sztucznego trawienia używaliśmy, potrzebuje większego stopnia kwaśności do strawienia w równym czasie niż odpowiednia ilość włóknika, pozostaje zawsze fa-

¹) W przypadku XII oznaczyliśmy tę funkcyję zaraz na drugi dzień po ustaniu wymiotów sposobem przez Leubego podanym (beafsteak), w XI i XIII naszym sposobem, gdyż dla ciągłych wymiotów chore nie mogły utrzymać spożytych pokarmów przez 7 godzin.

²) Zgadzamy się w tym względzie z Rajchmanem.

³) Rozbiorów podobnych przypadków mamy jeszcze 22.

⁴) Sitzungsberichte d. Wien. Akad. S. XXXVII, str. 131.

ktem, że ilość HCl tylko do pewnego maximum działa korzystnie przyspieszając trawienie.

Nęcącą więc na razie byłoby rzeczą, powołując się na wyniki tych doświadczeń Brückego, w przypadkach naszych, w których średnio stwierdzilimy znaczniejszą kwaśność wni ż stanachprawidłowych, a mimo to opóźnione trawienie, przypuścić jako przyczynę tego zachowania się soku patologiczne przekroczenie tego maximum kw. solnego. Myśl ta jednak nie łatwa do rozstrzygnięcia; bo raz nie wiemy jeszcze dziś pewnych liczb, oznaczających ilość HCl w soku żołądkowym, drugi raz nie znając stopnia rozcieńczenia, jaki sprowadziliśmy przez wprowadzenie przy doświadczeniu wody do żołądka, bezwzględnéj ilości HCl w naszych przypadkach obrachowaćbyśmy nie potrafili. O ile jednak rachunek w przybliżeniu może mieć znaczenie, przypuszczenie to, jakkolwiek ponętne, mało ma jednak prawdopodobieństwa. Weźmy przypadek XXIV, gdzie spotrzebowaliśmy jednę z większych ilości, bo 12cm. rozczynu 10cio-normalnego ługu sodowego dla zobojętnienia się tam kwasu, przypuśćmy, że znajdował się, co najprawdopodobniejsze, tylko sam HCl, to według obrachunku w téj treści znajdowałoby się na 1 litr 0·438 wolnego HCl; niech ta treść stanowi sok żołądkowy w najlepszym razie tylko poczwórnie rozcieńczony, to w samym soku w tym przypadku mielibyśmy na 1 litr 1·753grm. wolnego HCl, liczba niepozwalająca ani przypuszczać, że to już patologicznie przekroczone maximum dla soku żołądkowego ludzkiego.

Wobec tego prawdopodobniejszém wydaje się nam, że tu zboczenie dotyka obydwóch składników tak kwasu solnego przez jego zwiększone wydzielanie jak i pepsyny, któréj albo mniéj się wydziela albo téż zmieniona.

W przypadkach tych jak na teraz nie rozpoznajemy, apodyktycznie, nie spieramy się, czy je nazwać dyspepsyją czy nieżytem, jakkolwiek to drugie zdaje się nam więcéj odpowiadające istocie rzeczy. Przypuszczenie to nabiera znaczenia, gdy uwzględnimy przypadek XX, gdzie w skutek znacznego zwężenia odźwiernika wyrobiło się ogromne rozszerzenie żołądka, gdzie pokarmy w żołądku pozostawały przez całą dobę, gdzie w wyciągniętéj treści znajdowano znaczną ilość kwasów tłuszczowych (stopień kwaśności téj treści wynosił 56), a pod mikroskopem całe masy komórek drożdżowych, gdzie te wszystkie rozkładowe części przez lat 3 działały na błonę śluzową. Wśród tych warunków przecież musiała się wyrobić pewna zmiana anatomiczna na błonie śluzowéj, o czém świadczyło i upośledzone wchłanianie téj błony, chlorków bowiem w moczu zupełnie nie było, a podany jod w postaci *Kali jodatum* po 16 godzinach mógł być w treści wyciągniętéj z żołądka wykryty; a mimo to po dokładném wyczyszczeniu żołądka tak, że wydobyta treść oddziaływała obojętnie i nie zawierała peptonów ani cukru, za pomocą wody lodowéj dostaliśmy płyn, który miał 7 kwaśności, dawał wybitną reakcyję Malyego, a więc zawierał HCl więcéj niż w stanie prawidłowym i trawił, ale wolno.

Na poparcie przypuszczenia, że tu mamy do czynienia najprawdopodobniéj ze zmianą na błonie śluzowéj, przytoczyć jeszcze możemy, że w przypadkach tych prawie zawsze na czczo znajdowaliśmy po wlaniu pewnéj ilości wody i wyciągnięciu treść mocno opalizującą, z płatkami żółtemi [1]), których w przypadkach poprzednich nie znajdowaliśmy, a pod mikroskopem często czwórniaki (*sarcina*) i komórki drożdżowe, że w przypadkach tych przez odpowiednią dyjetę, lokalne przepłukiwanie i wodę karlsbadzką byliśmy wstanie zmniejszyć stopień kwaśności, a w parze z tém ubywały téż przypady podmiotowe i wejrzenie treści się zmieniało.

[1]) O znaczeniu ich późniéj szczegóły podamy.

Grupę trzecią w przypadkach naszych (XXVII do XXXII) [1]) stanowią osoby, u których treść wydobyta oddziaływała obojętnie lub alkalicznie i nie trawiła, nie zawierała więc wolnego HCl, pepsynę jednak mieć musiała, gdyż po dodaniu do próby 0·1% HCl trawiła naturalnie po poprzedniém zobojętnieniu, pepsyna ta jednak ilościowo lub jakościowo musi być zmienioną, gdyż do strawienia znanéj ilości białka kurzego potrzebowała od 6—25 godzin, jakto z tablicy widzieć można.

Zachowaniu się temu soku w przypadkach chorób żołądka (wykluczamy tu przypadki gorączkowe) odpowiadać muszą już głębsze i rozleglejsze zmiany na błonie śluzowéj. Pouczający w tym kierunku jest przypadek XXVIII, odnoszący się do osoby młodéj, któréj przypady żołądkowe datują się od czasu wypicia kw. siarkowego, a więc środka sprowadzającego przecież znaczne zmiany anatomiczne. To zachowanie się soku uważalibyśmy za odpowiadające nieżytowi żołądka bez względu, czy samoistnemu czy symptomatycznemu w późniejszych okresach, gdy grupa IIga jakiemuś wcześniejszemu okresowi odpowiadaćby mogła.

Zapatrywanie nasze na ten ostatni szereg przypadków naszych popiera i skutek leczenia, albowiem wśród odpowiedniéj dyjety, wody karlsbadzkiéj itd., otrzymywaliśmy niekiedy wyniki dodatnie, np. w przyp. XXX, gdzie treść była alkaliczna 1·6, nie trawiła, po 20 dniach leczenia treść kwaśna 4·2 i w 12 godzinach znaną ilość białka strawiła.

W wypowiedzeniu wszystkich uwag poprzednich nie opieramy się tylko na wynikach rozbiorów saméj treści, lecz wszędzie uwzględniliśmy inny czynnik, tj. wydalanie, o którém jednak przy innéj sposobności pomówimy.

Naturalnie, że do dokładności, do wysnucia apodyktycznych pewników brak nam, jak to wspomnieliśmy poprzednio, poznania jeszcze innych funkcyj żołądka w stanie prawidłowym i chorobowym, a zwłaszcza stwierdzenia poczynionych wniosków badaniem pośmiertném.

Bądź co bądź wprowadzając ten sposób badania w zastósowanie, już z tych wniosków, jakie byliśmy w stanie poczynić, można stwierdzić, że zdanie wypowiedziane na początku nie było w dzisiejszych warunkach zbyt optymistyczne. Oddając należne uznanie metodzie, jako metodzie, mimo to możemy wypowiedzieć równocześnie: 1) że była ona zbyt pobieżnie skonstruowaną, a ztąd niepozwalająca na ścisłe wnioski; dla tego wymagała uzupełnienia, które wprowadziliśmy;

2) że dopiero tak uzupełnioną metodą byliśmy w możności nieliczne wnioski Leubego częścią powiększyć, częścią sprostować.

To ostatnie szczególnie odnosi się do wypowiedzianego przez Leubego zdania, że prawie zawsze w cięższych postaciach niestrawności znajdował sok *„säure u. pepsinfrei.“* Pierwsza część słuszna, w tych formach zwykle nie znajdowaliśmy HCl, ale ani razu nie mieliśmy przypadku, choćby najcięższéj formy, w którymbyśmy nie znaleźli pepsyny. — Dość spojrzeć na tablicę, aby się przekonać, że znaczna ilość białka kurzego zawsze po dodaniu brakującego HCl została strawioną, jakkolwiek z drugiéj strony stosunkowo dłuższego przeciągu czasu potrzeba było, co pozwala tylko wniosko-

[1]) Podobnych rozbiorów mamy jeszcze 15.

wać, że składnik ten czy ilościowo czy jakościowo w tych przypadkach jest zmieniony, ale w każdym razie znajduje się.— Zdaje się, że za krótki przeciąg obserwacyi sztucznego trawienia był przyczyną téj pomyłki.

Krótko zebrany rezultat doświadczeń naszych byłby następujący:

1) Sok [1]) osób zdrowych posiada średnio kwaśność 4—6, czas trawienia 4—8 godzin.

2) Jakość soku zawisla od odżywienia i budowy organizmu.

3) U ludności żydowskiéj kwaśność jest znacznie wyższą.

4) W stanach chorobowych rozróżniliśmy trzy stopnie ze względu na zachowanie się treści otrzymanéj:

a) treść ze zmniejszoną kwaśnością, jednak po uzupełnieniu kwaśności przez dodanie odpowiedniéj ilości HCl dobrze trawiącą;

b) treść z nadmierną kwaśnością, a jednak wolniéj trawiącą niż w stanie prawidłowym;

c) treść z zupełnym brakiem HCl (obojętne lub alkaliczne oddziaływanie), jednak prawie zawsze zawierająca pepsynę choć ilościowo lub jakościowo zmienioną.

Jakie zapatrywanie mamy na to zachowanie się treści, wypowiedzieliśmy wyżéj.

5) Metoda ta (ale tylko tak użyta, jak ją uzupełniliśmy) dała nam możność choć w części kontrolowania przebiegu chorobowego przedmiotowo i stwierdzenia wyniku leczenia.

6) Metoda ta wreszcie może posłużyć do zbadania (więcéj farmakodynamicznego) działania pewnych środków na błonę śluzową żołądka. Przykład na to pozwolimy sobie tutaj przytoczyć.

Choremu P. S. (nie wciągniętemu w tablicę), u którego rozpoznaliśmy niestrawność nerwową, obok innego leczenia podaliśmy preparat zynkowy wewnętrznie w postaci *Zinc. sulf.* w dawce 0·25 dziennie (w rozczynie).

Przez czas zażywania (3 dni) co rano o téj saméj godzinie wśród jednakowych warunków zastósowaliśmy metodę, a wynik, jak z załączonéj tabliczki widzieć można, był tenże po każdéj dawce mieliśmy sok coraz dzielniejszy, zawierający coraz więcéj HCl i szybciéj trawiący.

Dzień	Po dawce dziennéj	Ilość wypomp.	Stopień kwaśności	Próba na HCl	Czas trawienia
24/3	—	300	3·8	—	12 godz.
25/3	0·25	360	5·6	ślad	10 godz.
26/3	0·25	345	8·2	wyraz	5 godz.
27/3	0·40	325	9·2	„	3½ g.

Kończąc tę rozprawę czujemy się w obowiązku złożenia podziękowania prof. Korczyńskiemu za jego inicyjatywę, radę i odstąpienie materyjału i środków dla wykonania téj pracy.

III. Oceny i sprawozdania.

Igacushi Moritzi Miura: **O działaniu fosforu na płód**

Ostre otrucie fosforem w celu samobójczym zdarza się bardzo często, według statystyki Lewina wynosi ono 40·9% wszystkich samobójstw; u kobiet jest ono nierównie częstszém. Mimo że pod względem klinicznym jakoteż anatomo-patologicznym jest ono dostatecznie zbadaném, brak dotąd dochodzeń wpływu na płód i ta okoliczność skłoniła autora do podjęcia szeregu doświadczeń pod okiem prof. Virchowa w Zakładzie patologicznym berlińskim. Do doświadczeń używał on oleju fosforowego (0·5%) i to w dawkach podzielonych aby nie sprowadzić śmierci zwierząt przed czasem. Podawał środek ten ciężarnym królikom i świnkom morskim a zabijając zwierzęta przez wstrzyknięcie morfinu po upływie pewnego czasu poddawał badaniu narządy tak matek jakoteż płodów częścią całkiem świeże częścią stwardniałe w płynie Müllera.

Jako rezultat swoich badań podaje autor: 1) że począwszy od drugiego dnia po wprowadzeniu trucizny można u matek wykazać zwyrodnienie tłuszczowe narządów miąższowych, zmiany mniejsze już nawet po upływie 1½ dnia, 2) zmiany anatomiczne są u płodów takie same jak u matek. Tak tedy jest autor w stanie odpowiedzieć twierdząco na pytanie czy fosfor spożyty przez matkę dostaje się do krążenia płodu. (*Virchows Archiv f. path. Anat.* T. 96, I z.; str. 54, 1884). *Dr. Schaitter.*

Prof. J. Schreiber: **O zatruciu rybami.** (Według wykładu w Tow. lek. w Królewcu).

Wyjątkowo tylko zdarza się sposobność obserwowania tego rodzaju zatrucia, tą téż okolicznością powodowany ogłasza autor historyję chorób sześciu osób, które równocześnie pozostawały w jego opiece z powodu zatrucia rybami, a dwie z nich zmarło. Najważniejszemi przypadami były: porażenie nerwu okoruchowego wraz z porażeniem akomodacyi, suchość w gardle i utrudnienie połykania tak, że najbardziéj zbliżał się obraz chorobowy do zakażenia błonicowego lub zatrucia atropinem. Obydwie jednak sprawy chorobowe można było wykluczyć, gdyż błonica nie panowała właśnie w téj miejscowości, a przeciw zatruciu atropinem przemawiało stanowczo zanadto późne wystąpienie objawów po spożyciu jadła, któreby mogło zawierać tę truciznę (objawy wystąpiły dopiero na drugi dzień), jak niemniéj brak zupełny objawów ze strony narządu krążenia i ze strony mózgu we wszystkich sześciu przypadkach nawet w tych, które się śmiercią zakończyły. Obraz otrucia różnił się znacznie od znanych otruć za pomocą trucizn mineralnych i roślinnych tak, że podejrzenie otrucia umyślnego zupełnie usunąć należało. Przyczynę schorzenia przypisać należało jedynie rybom, które ta rodzina spożywała w dniu poprzednim. Ryby te ugotowane przechowywano w occie przez 5 dni a najstarsza siostra zauważyła jeszcze przed ugotowaniem tychże, że wejrzenie i zapach ich były zmienionemi, tak jakby były nieświeże. Żadnych innych podejrzanych potraw nie spożywano w przeciągu tych kilku dni. Obraz otrucia różnił się nader wybitnie od opisu Böhma i Husemanna a podobnym był bardzo do opisów otruć jadem kiełbasianym pomimo twierdzenia tych autorów, że dwa te otrucia charakteryzują się zupełnie odmiennym przebiegiem.

Według doświadczenia dają powód do otrucia tylko ryby marynowane, t. j. takie, które były przez pewien czas chronione od wpływu powietrza i przechowywane w soli lub occie. Okoliczność ta sprzyja, zdaniem autora, wytwarzaniu się różnych ciał działających trująco z ciał białkowych mięsa rybiego a jad mięsa tegoż zaliczyć należy do t. zw. ptomainów, odkrytych przez Selmiego alkaloidów gnilnych.

Pomimo dłużéj trwającego schorzenia, pomimo znacznego nasilenia przypadów i zejścia śmiertelnego nie wykrył autor przy sekcyi żadnych zmian, nie wykrył ich nawet badając mikroskopowo najbardziéj dotknięte nerwy i rdzeń

[1]) Przez wyraz „sok" rozumiemy treść wyciągniętą.

przedłużony. Wobec tego mało obiecuje sobie po zabiegach leczniczych, gdyż nie ma środka, któryby zwalczył przypady tego groźnego a często śmiertelnego otrucia. Nawet profilaksa na nie wiele się przyda, gdyż oznak gnicia nie ma, ani odczynnika chemicznego, za pomocą którego możnaby było stwierdzić obecność alkaloidu gnilnego w spożywaném mięsie. Na podstawie swoich doświadczeń nabytych w tych przypadkach poleca S. wypróżnienie przewodu pokarmowego za pomocą środków mechanicznych i żywienie chorych za pomocą zgłębnika żołądkowego, zanim występująca zwykle *aphagia* uniemozebni wszelki zabieg leczniczy. (*Berl. klin. Woch*, Nr. 11 i 12, 1884). *Dr. Schaitter.*

Hartmann: **O chorobach umysłowych po obrażeniu czaszki.** Na 138 przypadków chorób umysłowych po obrażeniu czaszki wystąpiły objawy mózgowe u 100 (72%). Uszkodzenia czaszki stwierdzono 28 razy, z tych choroba umysłowa pojawiła się jako podniecenie 71 razy (51·3%), jako przytłumienie czynności psychicznych 37 razy (27%), inne postacie obłąkania 30 razy (21·7%). Wyleczenie nastąpiło u 14 chorych, polepszenie u 38; więcéj niż połowa przypadków przebiegała przewlocznie (86), a mianowicie 45 zakończyło się zniedołężnieniem, z tych 39 wśród objawów porażennych. Oprócz tego 16 zakończyło się śmiercią a w 14 można było przy sekcyi wykazać zmiany czaszki powstałe w skutek obrażenia. Na podstawie tych przypadków dochodzi autor do następujących wniosków: 1. Obłąkanie w skutek obrażenia czaszki nie jest postacią nosologicznie odrębną. 2. Ma ono jednak pewne właściwości ze względu na przebieg i zejście, a mianowicie najczęściéj występują stany podniecenia czynności psychicznych, rzadziéj inne postacie obłąkania. 3. Choroba umysłowa w skutek doznanego obrażenia następuje ściśle po zjawiskach wstrząśnienia, wywołanego urazem; jest ona albo osłabieniem, niejako oddźwiękiem prawidłowych czynności psychicznych (obłąkanie pierwotne) albo też stanowi oddziaływanie na uraz. Zmiany ruchu lub czucia, zwłaszcza w zakresie narządów zmysłowych, należy odnieść do zmian wywołanych samym urazem. 4. Następowe zboczenia umysłowe powstają po upływie krótszego lub dłuższego okresu przedwstępnego po urazie, a związek przyczynowy pomiędzy niemi a urazem utrzymuje szereg objawów mózgowych (drażliwość lub tępota umysłowa) albo czuciowych i ruchowych, sama choroba umysłowa cechuje się zaraz z początku osłabieniem władz umysłowych albo też przechodzi po krótkim okresie przytłumienia albo szału w pomięszanie i to najczęściéj z objawami porażennemi. 5. Do następowych zboczeń umysłowych zalicza autor przemiany psychiczne padaczki, wywołanéj obrażeniem głowy, albotéż zboczenia umysłowe, które należy pojmować jako odruchowe po obrażeniu lub bliźnie sklepienia czaszki. 6. Rokowanie bywa wobec przypadków pierwotnego zboczenia po urazie jakotéż wobec schorzeń odruchowych stosunkowo dosyć dobre. 7. Rodzaj i miejsce obrażenia nie ma wcale wpływu na chorobę umysłową późniejszą, co tém łatwiéj zrozumieć, ile że obrażenie mózgu nie zawsze znajduje się w tém miejscu, gdzie uraz zadziałał na czaszkę. 8. Brak lub obecność objawów wstrząśnienia mózgu nie stoi w związku z chorobą umysłową późniéj powstającą, jakkolwiek objawy znacznego wstrząśnienia mózgu zwiastują większe niebezpieczeństwo ze względu na powstanie choroby umysłowéj. 9. Obrażenia czaszki czy to z większemi lub też mniejszemi zmianami sprowadzają pewne niedomaganie mózgu, które może z czasem, a zwłaszcza wobec przyjaznych innych czynników etyjologicznych, spotęgować się aż do rzeczywistéj choroby umysłowéj; niebezpieczeństwo bywa w tych przypadkach większém, w których obrażenie sprowadziło miejscowe zmiany. O niedomaganiu takiém świadczą często powtarzające się nawały krwi do głowy, zmniejszona odporność na napoje wyskokowe, bóle głowy, a mianowicie utrzymujące się w jedném miejscu, zawroty głowy, nieprawidłowa wrażliwość na bodźce przedtém obojętne. 10. Padaczka powstająca po obrażeniu czaszki wpływa niekorzystnie na rokowanie a to z powodu swoich przemian. 11. Mężczyzni są bez porównania więcéj narażeni na obłąkanie w skutek urazu jak w ogóle na obrażenie. Po urazach doznanych w wieku dziecięcym ustaje często rozwój umysłowy. (*Archiv für Psychiatr.* XV., 1884, 1). *Dr. Schaitter.*

Wiadomości pomniejsze.

(K. G.) **Cierpienia oczu w skutek gośćca.** Prof. Panum poświęcił niedawno jeden ze swych wykładów w klinice szpitala Hôtel Dieu w Paryżu temu przedmiotowi. Rozpoczął od stwierdzenia, że związek między cierpieniami oka a różnemi skazami mało był dawniéj znany, i dopiero w końcu zeszłego wieku podjęto myśl o związku gośćca z chorobami ocznemi. Klasyfikacyja chorób ocznych, o ile dotyczą one skaz, była pierwotnie nieco pomięszana. Tak znajdujemy ostrą jaskrę pomieszczoną między gośćcowemi cierpieniami oczów. Za naszych czasów klasyfikacyja jest dokładniejszą, lecz mimo ulepszonych sposobów rozpoznawania, jakiemi rozporządzamy, zachodzi przecież jeszcze wielka trudność co do zaliczenia każdego cierpienia lub pojedynczych grup chorób oczu do właściwéj skazy. Np. zap. tęczówki najczęściéj przypisujemy kile, rzec nawet można, że dzisiejszém dążeniem jest przypisywanie każdego przypadku choroby téj skazie. Zdaniem prof. Panuma zap. tęczówki w skutek kiły nie jest tak częstém, jak zazwyczaj autorowie podają w dziełach klasycznych oftalmologii i należy pozostawić obszerne pole dla zap. tęczówki gośćcowego, które często mięszane bywa z zap. tęczówki pochodzenia kiłowego. Każde z nich daje się dokładnie odróżnić, bo pierwsze przybiera zawsze postać surowiczą, gdy drugie postać plastyczną. Gośćcowe zapalenie tęczówki nazywają też surowiczém zapaleniem tęczówki a towarzyszy mu wylanie płynu do przodkowéj komórki błony Descemeta, co Panum uważa za objaw cechujący to cierpienie. Nadto przyczepiny w gośćcowém zapaleniu tęczówki łatwo dadzą się przerwać; jestto ważny znak dla rokowania w téj chorobie i zdarza on się tylko u osób z gośćcową skazą zwłaszcza w postaci przewlocznéj, zdarza się též bardzo często pośród osób dotkniętych dną, lecz rzadko pojawia się jako powikłanie ostrego gośćca stawowego.

Rogówka jest mało wrażliwą na wpływ gośćca, a co dziwna, że co do twardówki to autorowie nie wspominają o niéj aby istniał jaki związek, chociaż *a priori* włóknista przyroda téj błony zdawałaby się usposabiać ją do objawów przyrody gośćcowéj lub dnawéj.

Przystąpiwszy do uwag nad związkiem innych części oka z gośćcem prof. Panum nadmienia, iż okuliści są jeszcze niezdecydowanymi co do zaliczenia zapalenia spojówki do objawów gośćca, gdyż nader łatwo pomieniać to zapalenie spojówki z zapaleniami z innych powodów.

Co się tyczy leczenia, wykładający zastanawiał się nad koniecznością łączenia leczenia ogólnego z miejscowém, bez czego leczenie musiałoby mieć niepomyślny wynik: tak więc wypada stosować kwas salicylowy w skazie gośćcowéj, rtęć w kiłowéj, *colchicum* w dnawéj a jod w zołzowéj. (*The Lancet* 1884, I, Nr. 8).

Ω G. Quedliot. **Nieprawidłowości w wydzielaniu i wydalaniu nasienia męskiego.** Autor rozróżnia według Springa t. z. „Spermacrasia“, t. j. wydzielanie nasienia za wodnistego zawierającego bardzo mało plemników i stan wprost przeciwny, gdzie nasienie jest nieprawidłowo gęste. Stan pierwszy napotyka się u onanistów, drugi u starców 60—80 lat liczących. Co do Azoospermii, to autor przypuszcza tylko, że zboczenie to może być tylko następowe, n. p. skutkiem zaniku starczego jąder, skutkiem skrytomęstwa i t. p. Z 83 przypadków obustronnego zapalenia przyjądrza rzeżączkowego znalazł autor, że tylko 10% pacyjentów wydzielało po wyzdrowieniu nasienie, zawierajęce plemniki. O wiele wątpliwszy w tym względzie jest wpływ torbiela lub żylaka przyjądrza, suchot płucnych i wyskoku. Dalej opisuje autor Pyospermię, i Haemospermię, oba te cierpienia uważając za następowe zboczenia skutkiem procesów rzeżączkowych w drogach prowadzących nasienie. *(Annal. de dermatol. et syphiligraphie).*

Ω Soulomniae opisuje nader ciekawy przypadek **kuli rewolwerowej tkwiącej w mózgu** 6 letniego chłopca. W r. 1882, w październiku, rozpoczął autor leczyć chłopca 5 letniego z raną czaszkową z powodu, iż przypadkowo chłopiec został ugodzony w głowę kulą z rewolweru. Badanie wykazało kulę rewolwerową tkwiącą w 3 lewym zwoju czołowym, z rany wysterczał kawałek mózgu. Chłopiec był bezprzytomny przez 48 godzin, poczém odzyskał przytomność, lecz niemota utrzymywała się przez 5 następnych dni. W parę dni wystąpiło lekkie porażenie prawego ramienia. W 15 miesięcy chłopiec był prawie wyleczony. Kula jednak pozostała w mózgu. (*Le concours medical 1884*).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak.

I Posiedzenie z dnia 24 marca 1884.

Przewodniczący Dr. Ściborowski. Obecnych członków 7.

1. Przewodniczący powitał członków zgromadzonych' a zwłaszcza po raz pierwszy obecnego na posiedzeniu Dra Filipkiewicza, lekarza zdrojowego w Trenczynie na Węgrzech.

2. Przewodniczący zawiadomił, iż dla oszczędzenia wydatków Tow. lekarskiemu sprawozdania o ruchu chorych w zakładach krajowych w r. z. osobno nie drukowano.

3. Przwodniczący zdał sprawę o zamierzoném przez Komisyję balneologiczną wydaniu krótkiego lecz treściwego i systematycznego obrazu wszystkich zdrojowisk i zakładów klimatycznoleczniczych na ziemiach polskich się znajdujących. Wniosek ów podany został na posiedzeniu komisyi d. 12 lutego 1883 r. przez przewodniczącego, w skutek narady odbytéj z prof. Drem Korczyńskim i innemi członkami zarządu komisyi i jednomyślnie przez Komisyję przyjęty znalazł uznanie w kołach lekarskich, czego dowodem list nadesłany redakcyi Przeglądu Lekarskiego, na który przewodniczący Komisyi odpowiedział listem otwartym zamieszczonym w Nrze 16 Przeglądu Lek. z d. 21 kwietnia 1883 r. Z powodu nadchodzącéj pory zdrojowéj, podczas któréj zarządy Zakładów zajęte licznemi sprawami nie byłyby w możności nadesłać Komisyi żądanych wiadomości o zakładach pieczy ich poruczonych, z wydaniem odezwy wstrzymano się do ukończenia pory zdrojowéj. D. 15 września r. z. rozesłano odezwę przedstawiającą cały plan wydawnictwa. którego koszta ponieśłyby zakłady zdrojowe, w stosunku miejsca opisem każdego z nich zajętego; a zatém zakłady lepiéj znane, już nieraz opisywane, więcéj uczęszczane, a tém samém większe dochody mające, poniosłyby przeważną część kosztów wydawnictwa; zarazem podano szereg 26 zapytań, na które nadesłane dokładne odpowiedzi miały dostarczyć materyjału do opisania każdego z zakładów. Odezwa ta została wysłaną do 49 zakładów większych i mniejszych, a mianowicie: do 29 w Galicyi, 2 na Bukowinie, 4 w Szląsku austryjackim, 4 na Spiżu, 1 w Poznańskiém, 6 w Królestwie Polskiém, 2 na Litwie i 1 na Wołyniu. Do napisania odpowiedzi pozostawiono trzy miesiące czasu, prosząc o nadesłanie tychże do d. 15 grudnia r. z.; w ten sposób Komisyja po Nowym Roku byłaby się wzięła do opracowania zamierzonego dziełka. Oczekiwania nasze zostały srodze zawiedzionemi; do końca grudnia odebraliśmy odpowiedzi zaledwie z siedmiu zakładów, a mianowicie sprawozdania mogące posłużyć za materyjał do opracowania dziełka z Jaworza, Krzeszowic, Truskawca i Zakopanego, listy z obietnicą nadesłania z Krynicy i z Sasowa, oraz z Buska list obszerny, lecz w sposobach zapatrywania się na wydawnictwo tak dalece różniący się od zapatrywań Komisyi balneologicznéj, że po prostu może być uważany za odpowiedź odmówną na propozycyję wzięcia udziału w wydawnictwie. Po Nowym Roku nadesłano sprawozdania z Birsztan na Litwie, Kiselki, Krościenka, Szczawnicy i Żegiestowa, wreszcie w drugiéj już połowie lutego z Iwonicza. Tak tedy na 49 odezw otrzymaliśmy zaledwie 13 odpowiedzi, z tych z 10ciu tylko zakładów odpowiedź mogącą służyć za materyjał do napisania dziełka; do tych doliczywszy Krynicę, zkąd materyjału z pewnościąby nam dostarczono, mamy tenże zaledwie z 11 zakładów, a zatém mniej niż z czwartéj części: brakuje zaś materyjału z 38 zakładów i to po większéj części z takich, które Komisyi najmniéj są znanemi i o których posiada tak niedostateczne wiadomości, żeby ich wcale opisać nie mogła. Nadto zakłady te nieodpowiadając na wezwanie Komisyi, tém samém dają do poznania, że nie mają ochoty ponosić kosztów wydawnictwa i żeby tychże nie zwróciły. Gdy zaś Komisyja na ten cel nie posiada żadnych funduszów, na teraz od przedsięwziętego zamiaru z ubolewaniem odstąpić musimy.

Postanowiono odezwę jeszcze raz rozesłać we wrześniu rb. do tych zakładów, które na wezwanie Komisyi wcale nie odpowiedziały lub sprawozdań nie nadesłały, a materyjał nadesłany zachować do możliwego zużytkowania w danym czasie.

4. Prof. Dr. Olszewski podał wiadomość o rozbiorze chemicznym wody siarczanéj z dwóch zdrojów w Swoszowicach w pobliżu Krakowa, przez siebie dokonanym, którą to wiadomość w skróceniu podajemy. Zdrój główny w Swoszowicach, którego woda dotychczas wyłącznie była używaną w celach leczniczych, a który dawniéj słynął z obfitości wody i zamożności téjże w gaz kw. siarkowodowy, przechodził różne smutne koleje, które niepomyślnie oddziaływały na rozwój zakładu zdrojowego. W skutek rozszerzania i ciągłego pogłębiania istniejącéj w Swoszowicach kopalni siarki dawał się uczuć coraz większy brak wody w studni zdrojowéj, któremu zapobiegano do czasu jużto przez usuwanie namułu ze studni, jużto przez pogłębianie téjże. Pomimo zastosowania tych środków zaradczych w ostatnich latach istnienia kopalni przypływ wody do zdroju prawie zupełnie ustał. Obecnie stosunki zmieniły się na lepsze, w roku 1882 rząd zamknął stanowczo kopalnie siarki z powodu niemożności osiągnienia z tychże jakichbądź zysków. Od tego czasu powróciła woda do studni zdrojowéj w wielkiéj obfitości, a jak rozbiór załączony wykazuje, zawiera ona téż same składniki lecznicze i prawie w téj saméj ilości, jakie w r. 1840 znalazł Torosiewicz. Oprócz zdroju głównego znajduje się w Swoszowicach drugi zdrój siarczany zwany zdrojem Napoleona, który powstał przez przebicie poziomego dostępu do kopalni (sztolni Napoleona), następnie zarzucony z powodu zabijających wyziewów (kwasu siarkowodowego). Woda z tego zdroju dotąd nie ujętego w cembrzynę, poddaną została również rozbiorowi chemicznemu z uwzględnieniem atoli tylko ważniejszych składników téjże. Wypadki rozbioru wody obu zdrojów zestawiono w następującéj tablicy.

Składniki obliczone na 1000 cz. wody.

	Zdrój główny	Zdrój Napoleona
Chlorku potasu	0.00730	0.03079
Siarkanu potasowego	0.01788	—
„ sodowego	0.05446	0.21148
„ magnowego	0.53392	0.58752
„ strontowego . . . , . .	0.01398	—
„ wapniowego	0.80923	0.81559
„ litowego	ślad	ślad
Węglanu wapniowego	0.53982	0.54312
„ żelazawego	0.00570	0.00154
Fosforanu glinowego	0.00138	—
Kwasu krzemowego	0.02982	0.02239
Istot organicznych	0.13441	0.14502
Razem składników zsiadłych . .	2.14790	2.35750

Składniki obliczone na 1000 cz. wody.

	Zdrój główny	Zdrój Napoleona
Kwasu siarkowodowego	0.04375	0.04987
Kwasu węglowego istotnie wolnego	0.15549	0.14184
Ciężar gatunkowy.	1.00235	1.00240
Ciepłota wody	9,7 °C.	10,0 °C.

Obadwa zdroje odznaczają się wielką obfitością kwasu siarkowodowego, który jest najważniejszym składnikiem leczniczym w wodach siarczanych; ponieważ zaś z zamknięciem kopalni powody braku wody zdrojowéj stanowczo usuniętemi zostały, można mieć nadzieję, że jak dotąd kopalnia siarki rozszerzała się ze szkodą zakładu zdrojowego, tak teraz zacznie się rozwijać zakład zdrojowy na gruzach kopalni.

W dyskusyi nad tym przedmiotem brali udział prócz autora koll. Gralewski, Warschauer i przewodniczący.

Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Ściborowski.*

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Orzeczenie Sądu Najwyższego w Wiedniu z d. 12 kwietnia 1884 r. Sąd karny w Budziejowicach w Czechach przypuścił lekkie uszkodzenie cielesne, pomimo, że dwaj lekarze sądowi zgodnie obrażenie uznali za ciężkie, uzasadniając wyrok swój w ten sposób, że zdanie lekarskie nie było dlań przekonywającém. W skutek zażalenia nieważności wniesionego przez prokuratoryję prokurator jeneralny oświadczył śród rozprawy, że Sąd pierwszéj instancyi pogwałcił ustawę, albowiem, jeżeli orzeczenie znawców było niejasném, Sąd mógł zawezwać innych znawców, ale nie miał prawa orzeczenie lekarskie zastąpić swojém własném. Sąd Najwyższy przychylił się do tego zapatrywania i skasował wyrok 1éj instancyi. Tym sposobem rozstrzygniętą została kwestyja zasadnicza, albowiem dotąd uchodziło za pewnik, że Sąd nie jest krępowany orzeczeniem lekarskiém.

* Sąd powiatowy w Międzyrzeczu w W. Ks. Poznańskiém skazał w r. 1876 na śmierć aptekarza S. za otrucie żony arszenikiem. W drodze łaski kara zamienioną została na dożywotnie więzienie, w którém S. odsiedział już lat 8. Wyrok zapadł na zasadzie opinii chemika, Dra Sonnenscheina, który we wnętrznościach zmarłéj znalazł arszenik, pomimo uroczystych zapewnień oskarżonego, iż jest niewinnym i pomimo oświadczenia lekarzy, że choroba, na którą zmarła żona aptekarza nie przedstawiała wcale symptomatów otrucia... Obecnie zebrano dowody, iż w odczynnikach, których Dr. Sonnenschein, już zmarły, używał do analizy wnętrzności, znajdował się arszenik, nic więc dziwnego, że chemik mógł sądzić, iż znalazł go we wnętrznościach. Lekarze i prawnicy bardzo zainteresowali się tą sprawą i zapewne rozpoczętym zostanie proces rehabilitacyjny skazanego, który w razie uwolnienia nie otrzyma żadnego zadośćuczynienia za poniesioną ruinę majątkową, za stratę ośmiu lat życia, za przebyte cierpienia moralne... Sprawa ta mimowolnie przypomina zdanie sławnego chemika francuskiego, Dra Raspaila, który w sprawie pewnego oskarżonego o otrucie arszenikiem zawołał, iż gotów jest odkryć arszenik wszędzie, nawet w krześle, na którém siedzi prezes sądu. (*Kur. Pozn.*).

Jestto nowa smutna *causa célèbre*, która jak z jednéj strony wymownie przemawia przeciw karze śmierci, tak z drugiéj dowodzi, jak trzeba być ostroznym w orzekaniu, skoro w przypadku, względnie do rozstrzygnięcia łatwym, mylić się może nawet tak wytrawny znawca, jakim był prof. chemii w uniwersytecie berlińskim.

(γ) **Dom przedpogrzebowy w Paryżu.** Zarząd miasta Paryża zajmuje się obecnie wprowadzeniem w życie uchwały Rady miejskiéj co do utworzenia domu przedpogrzebowego na próbę dla XI i XX obwodu miejskiego. Celem tego domu ma być przyjmowanie ciał osób zmarłych pośród rodzin biednych na czas od śmierci aż do pogrzebu, co do śmierci których mogłaby zachodzić wątpliwość, albo téż gdy śmierć nastała w miejscu publiczném z jakiejbądź przyczyny. W przypadku śmierci z chorób nagminnych lub zaraźliwych ciała będą złożone po zasięgnięciu zdania lekarza Urzędu stanu cywilnego w osobnym oddziale domu przedpogrzebowego. Dom ten ma się składać z 10 izb niekomunikujących ze sobą, dość obszernych i urządzonych w ten sposób, aby można tam dopuścić osoby życzące sobie czuwać przy ciele; oprócz tego ma być urządzony oddział przeznaczony na składanie ciał, na których oznaki śmierci pozostawiają jeszcze jakąś wątpliwość. W sali zmarłych ma się stale znajdować dozorca. Zamknięcie trumien ma się odbywać na godzinę przed pogrzebem i w obecności rodzin, które chcą rozpoznać swych zmarłych, z wyjątkiem jeżeli śmierć nastąpiła w skutek choroby zaraźliwéj lub nagminnéj, w tych razach zamknięcie trumny ma mieć miejsce zaraz po stwierdzeniu śmierci i przed przeniesieniem do domu przedpogrzebowego. Oprócz tego ma być urządzoną komunikacyja telegraficzna i telefoniczna między dwudziestoma merostwami Paryża a głównym zarządem przedsiębiorstwa, zajmującego się chowaniem zwłok, aby zarządzenia były wykonywane szybko i aby rodziny lub ich przedstawiciele nie byli zmuszeni sami się do zarządu udawać. Przy domu przedpogrzebowym ma być urządzony przyrząd do odwietrzania za pomocą gorącego powietrza rzeczy i pościeli po zmarłych. Administracyja ma zamiar urządzić ten przyrząd w pobliżu domu przedpogrzebowego, tak, aby tworzył rodzaj stacyi do odwietrzania, dostępnéj dla każdego interesowanego. (*Revue d'hygiène et de pol. san.* 1884, Feb. Nr. 2).

○ Dzieciobójstwo we Francyi. W ciągu roku 1882 czyniono we Francyi dochodzenia sądowe w 171 przypadkach dzieciobójstwa, 19 poronienia i 177 porzucenia dziecka. Z tych uwolniono obwinione w 42% przypadków dzieciobójstwa, 55% poronienia a 61% porzucenia.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 13—19 kwietnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 39,3. Z ospy umarło 6 (16 z. t.); z płonicy 1 (1 z. t.); z duru brzusznego 0 (2 z. t.); z róży 0 (1 z. t.); z czerwonki 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 17 przypadkach ospy, 3 odry, 6 płonicy, 3 duru brzusznego, 5 duru osutkowego. W tygodniu od 6—12 kwietnia umarło z ospy w Londynie 8, świeżo zapadło 96, leczyło się w szpitalach 472. W Brukseli, Paryżu, Madrycie, Maladze, Baltimore i Cinciuati umarło po 1, w Birminghamie i Lizbonie po 2, w Wiedniu 3, w Liwerpolu 4, w Petersburgu 5, w Nowym Orleanie 13, w Pradze 40, w Madrasie (od 2 do 8 lutego) 226. Z duru osutkowego umarło we Wrocławiu, Granadzie i Lizbonie po 1, w Petersburgu 2, w Madrycie 4. Z duru brzusznego umarło więcéj w Genewie i Petersburgu, mniéj w Paryżu. Krztusiec panuje w Londynie. W Bombayu umarło z cholery od 5—11 marca 7, w Madrasie od 2 do 8 lutego 11.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 6—12 kwietnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 35.6; w Poznaniu 32,4; w Wiedniu 33,7; w Pradze 39,5; w Tryjeście 29,8; w Berlinie 22.9; we Wrocławiu 38,7; w Gdańsku 22,7; w Monachowie 31,2; w Dreźnie 26,0; w Lipsku 23,4; w Genewie 38.3; w Brukseli 26,1; w Amsterdamie 24,0; w Hadze 25,7; w Paryżu 28,3; w Londynie 19,1; w Kopenhadze 17.7; w Stokholmie 20,1; w Chrystyjanii 16,8; w Petersburgu 41,8; w Odesie 36,6; w Rzymie 38,6; w Wenecyi 22,7; w Bukareszcie 53,7; w Madrycie 32,1; w Lizbonie 36,0; w Aleksandryi 30,9; w Nowym Yorku 24,8; w Filadelfii 21,1; w Bombayu 26,3; w Madrasie 74,4. *J. B.*

Śmiertelność we Lwowie (liczącym 115.544 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). Od 13 do 19go kwietnia r. b. zmarło 88 osób, co odpowiada śmiertelności na rok i 1000 mieszkańców 39·7. W tym czasie zmarło 2 osób z dyfteryi, 2 z dławca, 2 z duru brzusznego a 1 z duru wysypkowego.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 1 maja. Otrzymaliśmy pismo następujące:

Towarzystwo lekarskie warszawskie stosownie do punktu 7go testamentu śp. Dra Walentego Koczorowskiego z dnia 15 stycznia 1878 r., oraz na zasadzie Najwyższego zezwolenia z dnia 8 (20) kwietnia 1883 roku, podaje do publicznéj wiadomości, że z funduszu rs. 600 rocznie, w połowie na nagrodę, w połowie zaś na wydanie pracy nagrodzonéj przez testatora wyznaczonego, przyznane będą przez Towarzystwo lekarskie dwie nagrody konkursowe, każda po rs. 300, za najlepsze rozprawy napisane w języku polskim, na zadane tematy z zakresu nauk przyrodniczych w zastosowaniu do medycyny lub higijeny. Rozprawy nagrodzone wydrukowane zostaną staraniem Towarzystwa lekarskiego z legowanego funduszu najmniéj w 300 egzem-

plarzach, które stanowić będą własność autora bez naruszenia nadal praw jego własności.

Temat I. Zbadać warunki oczyszczania mechanicznego wody wiślanéj.

Pozostawiając uznaniu chcących ubiegać się o powyższą nagrodę możliwe rozszerzenie ram podanego wyżéj zadania, Towarzystwo lekarskie żąda wyczerpującéj odpowiedzi na punkta następujące:

1. Oznaczyć ilość i jakość (chemicznie i mikroskopowo) osadu wody wiślanéj:

a) w porze zwykłéj wysokości wody,

b) w początku przyboru wody,

c) podczas najwyższego stanu każdego przyboru,

d) pod koniec przyboru,

e) podczas najniższego w ciągu roku stanu wody.

2. Wykazać, o ile osadu bywa mniéj lub jest innym pod względem jakości w razie poprzedniego przefiltrowania wody w przypadkach *a, b, c, d* i *e*. Przyczém należy użyć przynajmniéj dwóch sposobów filtrowania (filtr skombinowany ze żwiru, piasku itp. i filtr bibułowy).

3. Wykazać porównawczo rezultaty sposobów oczyszczania wody innych rzek, zbliżonych do Wisły, pod względem formacyj geologicznych źródeł i ich koryta.

4. Określić czas potrzebny na oczyszczenie wody wiślanéj (mętnéj *b, c, d*), przez samo filtrowanie (rezultat niezupełny), przez samo osadzenie (rezultat niezupełny), oraz przez osadzenie i następne filtrowanie.

Uwaga. Przy wszystkich tych poszukiwaniach uwzględnić należy tak masę materyjału filtrującego, jak i wielkość powierzchni filtrującéj.

5. Oznaczyć prędkość gnicia wody: po samém tylko filtrowaniu, po samém osadzeniu, oraz po osadzeniu i następném filtrowaniu, we wszystkich pięciu przypadkach *a, b, c, d, e*, szczególniéj zaś w *a* i *e*, dla wykazania różnic i wypowiedzenia opinii, czy w razie zaprowadzenia osadników w nowozakładanych w Warszawie wodociągach, takowe osadniki mają być stale używane przed filtrami, lub téż tylko w epokach przyboru wody.

Temat II. Zbadanie ilości i jakości szkodliwych zdrowiu grzybków, zawieszonych w powietrzu pewnéj danéj miejscowości w szpitalu, teatrze, sali szkolnéj, na targu itp. w m. Warszawie.

Na konkurs do powyższych dwóch rozpraw wyznacza się jednoroczny termin, licząc od dnia 1 kwietnia 1884 roku. Rozprawy przeto nadesłane być mają najpóźniéj do dnia 1 kwietnia 1885 roku pod adresem Towarzystwa lekarskiego warszawskiego (ulica Niecała Nr. 7), przy zachowaniu zwykłych form konkursowych, to jest z nazwiskami autorów w kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownemi dewizami.

Prezes Towarzystwa *Dr. Orłowski.*
Sekretarz stały *Dr. Szokalski.*

* **Praga czeska.** Na katedrę opróżnioną w niemieckim Wydziale lek. po Hasnerze mają powołać prof. Lebera z Gietyngi (Czy w Austryi brak okulistów?). W Wydziale lek. czeskim nie obsadzone jeszcze są katedry: pedyjatryi, psychijatryi i medycyny sądowéj. Na ostatnią trzech jest kandydatów a Wydział podobno na żadnego z nich zgodzić się nie może.

* **Wiedeń.** W sprawie przywrócenia akademii lekarskiéj józefińskiéj odbyła się w ministerstwie wojny ankieta z samych lekarzy wojskowych i zwolenników przywrócenia akademii złożona, a która zgodziła się na tymczasowe przywrócenie 3 pierwszych kursów i mianowanie 8 profesorów. O sprawie téj rozstrzygają ostatecznie delegacyje wspólne, które zapewne zasięgną poprzednio zdania innych kompetentnych ciał i zawodowców, a więc przywrócenie akademii jeszcze długo da na siebie czekać.

Izba poselska Rady państwa uchwaliła sumę 30,000 zła. na wytępienie niemocy illyryjskiéj *(Scherlievo)*, która według orzeczenia, dawniéj przez Hebrę i Sigmunda wydanego, nie jest niczém inném, jeno kiłą. Równocześnie zarządzono, aby ludzi tę niemoc cierpiących leczono przymusowo.

* **Berlin.** Oprócz wymienionych przez nas rodaków brali udział w Zjeździe chirurgów koll. Dr. Lesser z Lipska, Dr. Wehr ze Lwowa i Dr. Michl z Pragi czeskiéj.

D. 20 i 21 kwietnia przyjaciele i uczniowie Frerichsa obchodzili uroczyście jego 25-letni jubileusz.

○ **Paryż.** Na posiedzeniu Akademii Lekarskiéj Dr. le Roy de Méricourt przedstawił człowieka wydzielającego pot zabarwiony czerwono (*chromidrosis*).

* **Wiadomości osobowe.** Awans majowy w korpusie lekarzy wojskowych. Mianowani zostali lekarzami sztabowymi z rangą jenerałów Drowie Wacław Hoor i Rudolf Robiček, z których pierwszy jest szefem korpusu lekarzy wojskowych a ostatni szefem sanitarnym 3go korpusu armii. Starszym lekarzem sztabowym mianowany został Dr. Karol Pětnik, kierownik szpitala garnizonowego w Krakowie. Lekarzami pułkowymi 2éj kl. lekarze starsi: Dr. Bronisław Longchamps de Berier w szpitalu garnizonowym we Lwowie, Dr. Zdzisław Juchnowicz-Hordyński w 22im pułku piechoty. Dr. Bronisław Majewski w 1ym pułku inżynieryi. Dr. Stanisław Balko w 55ym pułku piechoty, Dr. Jan Wolter w 32im pułku piechoty, Dr. Antoni Fojarewicz w pułku 10ym piech.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 17: Rupperta: Przypadek zwężenia dolnéj części przełyku: Hoenego: Notatki z praktyki okulistycznéj. — W *Medycynie* Nr. 17: Bergera: Przyczynek do etyjologii chorób połogowych gruczołów piersiowych (z kliniki prof. Kesmarskiego w Peszcie).

Redakcyja otrzymała:

Prof. Dr. KISCH: Die Cur der Fettleibigkeit in Marienbad. Prag, 1884. in 8vo, str. 16.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 7 maja o godz. 6éj wieczór w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém: 1) Kol. Jaworski dokończy swój odczyt: O stosowaniu nowéj soli karlsbadskiéj i zachowaniu się jéj w przewodzie pokarmowym; 2) Kol. Browicz przedstawi i objaśni kilka rzadkich okazów z anatomii patologicznéj.

Do Nru dzisiejszego dołącza się: Sprawozdanie o ruchu w Zakładzie zdrojowo-kąpielowym w Szczawnicy w roku 1883.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 145.

Ogłoszenie konkursu.

Wydział lekarski ogłasza niniejszém konkurs na 3 stypendyja z fundacyi śp. Józefa Dąbkowskiego każde po 121 złr. 38 kr. w. a.

O dwa z tych stypendyjów ubiegać się mogą uczniowie Uniwersytetu Jagiellońskiego kończący w tymże Uniwersytecie studyja farmaceutyczne i przystępujący do egzaminów, katolicy, Polacy, urodzeni w Krakowie; o trzecie zaś stypendyjum również uczniowie Uniwersytetu Jagiellońskiego w tymże Uniwersytecie studyja medyczne kończący i przystępujący do egzaminów, katolicy, Polacy, urodzeni w Krakowie.

Podania w myśl powyższych warunków należycie uzasadnione wnosić należy do Wydziału lekarskiego na ręce podpisanego najpóźniéj do dnia 30 Maja rb.

Kraków d. 25 Kwietnia 1884.

Piotrowski.

KAPSUŁKI MATICO

Grimaultą aptekarza w Paryżu.

Kapsułki te o osnówce skrobiowéj zawierają olejek eteryczny z Matico wraz z balsamem kopajowym stężonym za pomocą palonéj magnezyi.

Olejek Matico, oprócz swéj właściwéj działalności, posiada własność dokładnego oczyszczania balsamu kopajowego, przez co żołądek łatwo go znosi. **Kapsułki Matico** Grimaulta rozpuszczają się, dzięki ich osnówce, nie w żołądku, jak kapsułki klejkowe „ale przy wejściu do trzew, w skutek czego działają szybko i wprost na narzędzia rodne i moczowe.

Posiadają one dzielność niewyrównaną w leczeniu rzeżączki, zapalenia szyi *(Cystite du col)* i przewlekłych słabości pęcherza. Dawka 8—12 kapsułek przez dzień, zażytych dwie godziny przed lub po jedzeniu

Składy: 8 Rue Vivienne w Paryżu; w aptece Wiszniewskiego w Krakowie; we Lwowie w aptece Piotra Mikolasza; w Warszawie u Spiessa i Synów, u Gallego i Mrozowskiego.

Z powodu iż Wino moje hiszpańskie z pepsyną nie zawiera Diastazy a niektórzy z PP. Lekarzy ordynują **Wino z pepsyną i diastazą** postanowiłem wino takie sprowadzać od firmy, która wsławiła się już doskonałością swego wyrobu, tj. od p. Chassaing w Paryżu. Otrzymawszy znaczne transporta tego wina sprzedaję je po **2 złr. za butelkę** i rozsełam pocztą z doliczeniem 20 ct. za opakowanie od butelki.

Karol Mikolasch
Właściciel apteki pod Gwiazdą pod firmą „Piotr Mikolasch" we Lwowie.

Profesora Jana Attfielda zdanie:

„Według wyniku mego rozbioru stwierdzam chętnie iż **„Woda gorzka Franciszka Józefa"** jest nie tylko jedną z najwyborniéj przeczyszczających wód jakie kiedy dostały się do publicznego użytku, lecz że także, w skutek jéj silnie działających składników, potrzeba do wywołania potrzebnego skutku mniejszych jéj dawek jak każdéj innéj przeczyszczającéj wody.

Londyn 9 Maja 1882.

Profesor Attfield
Ph. D. F. R. S. F. L. C. F. C. S. Profesor chemii praktycznéj w Tow. Farmaceutycznem Wielkiéj Brytanii.

W zapasie w składach wód mineralnych.

FRANCISZKA JÓZEFA
WODA GORZKA

Broszury przesyła Dyrekcyja rozsełki w Budapeszcie.

PULV. CARNIS BOVINI

Proszek mięsny

wyrobu **Laboratoryjum chemiczno - farmaceutycznego Karola Mikolascha we Lwowie** jest środkiem odżywiającym w stopniu daleko wyższym jak ekstrakt mięsny Liebiga. Kiedy bowiem tenże nie zawiera żadnych części odżywiających, to **proszek mięsny** według zachowanéj metody wyrobu wszystkie składniki mięsa wołowego od tłuszczu i żył uwolnionego w stanie zgęszczonym przedstawia.

Kilo czyli 1000 gramów mięsa wołowego czystego równa się **125 gramom Proszku mięsnego.**

Smak przyjemny i cena niska tego znakomicie odżywiającego środka powinny się przyczynić do wyparcia ekstraktu mięsnego.

Użycie jest pojedyncze, gdyż może być tak sam przez się spożywany, jakoteż zmięszawszy go z mlekiem, lub z rosołem nareszcie może być użyty jako constituens do pigułek lub zamiast cukru do proszków.

Słoik zawierający **50 gramów proszku mięsnego kosztuje 50** cnt. w. a.

Skład główny znajduje się w **aptece pod Gwiazdą Piotra Mikolascha we Lwowie,** zkąd wszelkie zamówienia natychmiast uskuteczniane będą.

PP. aptekarze otrzymują stósowny rabat.

L. 12722/83.

OGŁOSZENIE.

WODY MINERALNE KRYNICKIE

należące do szczaw żelazistych i ze swéj skuteczności w różnych słabościach powszechnie znane utrzymuje w Ciechocinku Gąbczyński; w Husiatynie Friedmann; w Jarosławiu Wisłocki; w Kijowie Marcińczyk, Seidl; w Krakowie Goldwasser, Hawełka, Wentzl; we Lwowie Goldbaum, Mikolasch; w Przemyślu Kozłowski; w Tarnopolu Jamrogiewicz; w Tarnowie Traun; w Warszawie Heinrich, Lilpopp, Kucharzewski, Ziemieński; w Wiedniu Mattoni; w Wilnie Gruszewski.

Broszury i wyjaśnienia udziela na żądanie bezpłatnie c. k. Zarząd zdrojowy w Krynicy.

ROŻNÓW POD RADHOSTEM

klimatyczne i żętyczne uzdrowisko na Morawie
zwłaszcza dla dotkniętych chorobami gardła i płuc.
Stacyja kolei północnéj Pohl

W miejscu zimne i ciepłe kąpiele, pneumatyczne aparaty i do wziewań, c. k. Poczta i Urząd telegraficzny. Powozy do najęcia do każdego pociągu. Dwa razy dziennie komunikacyja pocztowa.

Otwarcie pory zdrojowéj 15 Maja.

Broszury kąpielowe we wszystkich księgarniach. Ubodzy będą uwzględnieni jedynie od **15 Maja do 15 Czerwca i od 15 Sierpnia do 15 Września.** Prospekta rozseła się g r a t i s, a wszelkich żądanych wyjaśnień udziela najchętniéj.

Miejski Komitet zdrojowy.

WODY LECZNICZE MUSUJĄCE

WYROBU

KAROLA MIKOLASCHA

Aptekarza we Lwowie.

WODA ALKALICZNA MUSUJĄCA zawiera w 1000 gr.: 1½ gr. soli kuchennéj, 6½ gr. dwuwęglanu sodowego, ½ gr. siarkanu magn i 3—4 objętości bezwodnika węgl. — Cena 16 ct.

WODA GORZKA MUSUJĄCA w 1000·0: 40·0 siarkanu magn., 6·5 dwuwęglanu sodowego 10·0 siarkanu sod., 3·0 soli kuchennéj i 3—4 objętości bezwodn. węgl. — Cena 16 ct.

WODA JODOWA MUSUJĄCA w 1000·0: 1·5 soli kuchennéj, 0·5 jodku potasow. 0·5 jodku sodow. 3—4 objęt. bezwodn. węgl.—Cena 18 ct.

WODA BROMOWA MUSUJĄCA w 1000·0: 1·5 soli kuchennéj 4·0 dwuwęgl. sod., 2·5 bromku sod., 2·5 bromku potasowego i 3—4 objęt. bezwodnika węgl.—Cena 18 ct.

WODA MAGNOWA MUSUJĄCA w 1000·0: 1·5 soli kuchennéj, 7·0 dwuwęglanu magn. i 3—4 objęt. bezwodn. węgl.—Cena 16 ct.

WODA LITOWA MUSUJĄCA w 1000·0: 1·5 dwuwęgl. litowego, 3·5 dwuwęglanu sod., 1·5 chlorku sod. i 3—4 objętości bezwodn. węgl. Cena 16 ct.

WODA ŻELAZISTA MUSUJĄCA w 1·0000: 0·5 pyrofosfor. żelaz., 5·0 pyrofosfor. sodow., 3·0 cytryn. sodow. i 3—4 objęt. bezwodnika węgl.—Cena 16 ct.

WODA SALICYLOWA MUSUJĄCA zawiera w 1000·0: 6·0 salicylanu sod. 1·5 chlorku sod., 6·0 węglanu sod. i 3—4 objętości bezwodn. węgl.—Cena 18 ct.

Oprócz tych wód leczniczych wyrabiam także:

LEMONIJADĘ ANGIELSKĄ MUSUJĄCĄ bardzo łagodny środek na przeczyszczenia.—Cena 35 ct.
Za próżną butelkę zwraca się 6 ct.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod top rkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie	4 „ 40 „	8 „	8 „	12 „
Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 10 maja 1884. **№ 19.** **Rok XXIII.**

I. Z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dra Rydygiera wChełmnie n./W.

I. Pierwszy przypadek gastro-enterostomii w obec zwężenia dwunastnicy po wrzodzie; wyzdrowienie [1].

Podał Dr. Rydygier.

Panowie! Przedstawiam Wam tego chorego, żeby Was naocznie przekonać, że w tym przypadku operacyja była konieczną i wskazaną wprost jako żywotna. Do przedstawienia dodaję tylko, że operowany wkrótce będzie miał lat 20, i że przed operacyją ważył 51 funtów, co Was przekona, że wyniszczenie i wynędznienie doszło do ostatecznych granic, a o dalszém choćby tylko wegetowaniu nie mogło być ani mowy w obec tak ciężkiego cierpienia.— Cierpienie to rozpoczęło się przed 4ma laty od objawów wrzodu żołądka. Zaraz z początku wystąpiły wymioty krwawe kilka razy się powtarzające. Późniéj atoli wystąpiły i pozostały tylko wymioty pojawiające się w 2—3 godziny po jedzeniu. Stolec był zawsze zaparty, co 3ci lub 5ty dzień, i to często tylko za pomocą leków. W ostatnim roku wymioty coraz częściéj występowały, prawie po każdém jedzeniu, a kilka razy powtórzyły się wymioty krwawe, co chorego skłoniło do szukania pomocy w naszéj klinice.

Chory wtenczas (dnia 14, X, 1883) wyglądał prawie tak, jak i dziś. Badając go znaleźliśmy wszystkie narządy zdrowe z wyjątkiem żołądka. Okolica żołądkowa wzdęta, żołądek rozszerzony i na dół opuszczony, o czém się łatwo można było przekonać, napełniwszy go wodą. Pierwszego dnia podczas pobytu w zakładzie miał chory raz także krwawe wymioty.

R o z p o z n a l i ś m y wrzód odźwiernika z następowém rozszerzeniem żołądka.

Postanowiliśmy l e c z y ć chorego najprzód za pomocą pompy żołądkowéj; a gdyby to okazało się bezskutecznem, chcieliśmy zalecić wycięcie odźwiernika. Po czterech tygodniach czuł się chory rzeczywiście jakoś lepiéj: wymioty zupełnie ustąpiły, apetyt się polepszył, a nawet stan ogólny był tyle zadowalający, że wysłaliśmy chorego do domu na własne jego żądanie. Wkrótce atoli powróciło cierpienie w dawnym stopniu i chory przybył ponownie do kliniki oświadczając, że chce się poddać operacyi, gdyż dłużéj tak żyć nie może. Postanowiliśmy więc wykonać wycięcie odźwiernika. Po odpowiedniém przysposobieniu chorego i pokoju (zob. moją rozprawę w Przeglądzie Lek. z r. 1882 lub w Volkmanna *Samml. klin. Vorträge)* przystąpiłem do laparotomii. Cięcie zrobiłem w smudze białéj od wyrostka mieczykowatego do pępka. Po otworzeniu jamy brzusznéj przekonaliśmy się, że wrzód nie znajdował się w części odźwiernikowéj, lecz nieco niżéj w dwunastnicy blisko pierwszego jéj zagięcia. Rozumie się, że o wycięciu nie można było myśleć, musieliśmy więc albo jamę brzuszną znowu zaszyć, albo wykonać gastro-enterostomiję. Wybrałem pierwsze z następujących przyczyn: Dotychczas nie podjął nikt jeszcze gastro-enterostomii wobec wrzodu, nie chciałem się więc narazić na zarzut, że bez k o n i e c z n é j przyczyny naraziłem chorego na tak niebezpieczną operacyję. Z siedmiu bowiem dotychczas wykonanych gastro enterostomij z powodu raka umarło 5 w skutek operacyj, a tylko przypadek W ö l f l e r a i L ü c k e g o szczęśliwie co do bezpośredniego wyniku po operacyi się zakończył. Nadto byłem niepewnym, co się dzieje w jelicie wykluczoném; czy tam nie dostanie się część potraw i zatrzymując się na miejscu zwężenia nie sprowadzi dalszego rozpadu owrzodzonych ścian. Doświadczenia podjęte z méj zachęty przez jednego z moich asystentów A n d r y s o n a, nie dały pewnych wyników, gdyż psy nadzwyczaj dobrze znoszą zwężenia jelit. (Praca ta obecnie jeszcze nas zajmuje). Z tych więc przyczyn postanowiłem nie podejmować gastro enterostomii i ściany brzuszne napowrót zeszyłem.

[1]) Wykład miany na 13 Zjeździe chirurgów w Berlinie z przedstawieniem chorego.

Rana zagoiła się bez wszelkich przeszkód, i chorego zaczęliśmy znowu leczyć za pomocą pompy żołądkowéj. Przy odpowiedniéj dyjecie w zakładzie chory miał się nie źle: wymioty zupełnie ustąpiły, a nawet stan ogólny się poprawiał. Kiedy już chory nauczył się samemu sobie zaprowadzać pompę i w takową zaopatrzony miał zakład opuścić, zapadł po zbytecznem najedzeniu się u innego chorego tak niebezpiecznie, że obawialiśmy się śmierci: 4 dni leżał zupełnie bezwładnie na nic nie oddziaływając; pokarmy trzeba mu było do ust wlewać, a dwa razy tak słabo już serce biło, że w nocy przywołany asystent zaledwie zdołał uciekające już siły pobudzić podskórnem zastrzyknięciem kamfory. Powoli i z tego cierpienia nasz chory wybrnął i zaczął powracać do sił; my zaś odnieśliśmy to przekonanie, że tylko operacyja może chorego uwolnić od ciągle grożącego mu niebezpieczeństwa śmierci, która po lada wykroczeniu przeciw dyecie — nawet i bez tego — każdéj chwili może nastąpić. Zaleciliśmy więc choremu gastroenterostomiję, na co się zgodził.

Dnia 13 marca b. r. przystąpiliśmy do operacyi. Cięcie w staréj bliźnie tylko nieco na dół przedłużyliśmy, ponieważ górna jéj część była zrośnięta z powierzchnią opuszczonéj nieco wątroby. Jelita znaleźliśmy prawie próżne; w żołądku nieco płynu. Unosząc podług przepisu Wölflera lewą stronę sieci wielkiéj razem z okrążnicą poprzeczną ku górze, odszukaliśmy z łatwością załamka dwunastnico-czczego, a idąc ztąd po jelicie czczem na dół o jakie 40 cm. obraliśmy sobie miejsce do otworu. Wycisnąwszy z miejsca tego wszelką zawartość założyliśmy swoje elastyczne uciskadła w oddaleniu 10 cm. jedno od drugiego przeprowadzając je przez otwory w śródjeliciu założone tępem narzędziem w odpowiedniem oddaleniu od jelita i prostopadle ku osi jego. Równocześnie spamiętaliśmy sobie, który koniec jelita jest doprowadzający, a który odprowadzający, co przy późniejszem przyszywaniu jelita do przedniéj ściany żołądka ma wielkie znaczenie. Następnie uniósł asystent przodkową ścianę żołądka robiąc zakładkę blisko wygięcia wielkiego około 8 cm. długą, a blisko 4 cm. od wygięcia wielkiego oddaloną, tam gdzie tętnice okrężne żołądka dzielą się już na drobniejsze gałązki, żeby uniknąć znaczniejszego krwotoku z ścian żołądka. Nacięcia w nim jednakże nie zrobiliśmy dotąd; nacięliśmy tylko jelito w długości 5 cm. na wypukłéj stronie części odgraniczonéj uciskadłami i przystąpiliśmy do szwu. Najpierw przyszyliśmy szwem kuśnierskim tylny brzeg otworu do uniesionéj zakładki zachwytując błonę surowiczą i mięsną sposobem Lemberta. Teraz dopiero zrobiliśmy otwór w żołądku 5 cm. długi przecinając ścianę tuż przy szwie założonym i podwiązując strzykające tętniczki. Następnie zeszyliśmy także szwem kuśnierskim błonę śluzową żołądka i jelita rozpoczynając szew na tylnéj ścianie i postępując naokoło otworu. Daléj nastąpiło połączenie — również szwem kuśnierskim przedniego brzegu otworu w jelicie z przodkowym brzegiem otworu w ścianie żołądka sposobem głębokiego szwu Czernego; nareszcie założyliśmy trzeci rząd szwów na przodkowe brzegi sposobem powierzchownego szwu Czernego; tylko do tego rzędu użyliśmy szwu węzełkowego. Tak więc brzegi tylne były połączone dwoma rzędami szwów, a przodkowe trzema. W końcu przymocowaliśmy trzema szwami doprowadzający koniec jelita do przodkowéj ściany żołądka, ażeby zapobiedz nieprawidłowemu krążeniu treści żołądko-jelitowéj, jak to miało miejsce w przypadku Billrotha. Jako materyjału do szwów użyliśmy katgutu karbolowego. Po zapuszczeniu zeszytéj części do jamy brzusznéj zaszyliśmy jamę brzuszną zwykłemi szwami węzełkowemi zachwytującemi otrzewnę, a pomiędzy nie nałożyliśmy jeszcze kilka szwów powierzchownych; na to opatrunek sublimatowy.

Z przebiegu pooperacyjnego nadmieniam tylko, że do 5go dnia chory wcale nie gorączkował; tegoż dnia powstało zapalenie gruczołu przyusznego po stronie prawéj, a gorączka podniosła się do 39°C. Dnia 8go zmiana opatrunku; mały ropień w ścianach brzusznych wychodzący z szwu; odleżyna na krzyżu. Dnia 10go nacięliśmy gruczoł przyuszny i od tego czasu stan zupełnie bezgorączkowy. Od czasu, kiedy tegoż dnia po enemie nastąpiło wypróżnienie, chory codziennie miewa regularnie 1—2 razy stolec; wymioty po operacyi już się nie wróciły. Chory powoli wraca do sił tak, że dziś około 5 tygodni po operacyi znacznie lepiéj się ma, niż przed operacyją.

W końcu pozwalam sobie jeszcze krótką uwagę uczynić co do sposobu operowania. Przed operacyją wahałem się, czyby nie zastósować się do rady Courvoisiera i robiąc otwór w śródjeliciu okrążnicy poprzecznéj drogą tą odszukać fałd dwunastnico-jelitowy. Courvoisier zauważył bowiem robiąc doświadczenia na trupie, że mogłoby nastąpić zaciśnienie okrążnicy poprzecznéj w miejscu, gdzie się krzyżuje z uniesioną do góry i do przodkowéj ściany żołądka przyszytą pętlą jelita. Ostatni przypadek Lauensteina potwierdza to zapatrywanie. Mimo to nie wybrałem tego sposobu, bo z własnych doświadczeń zgadzających się z doświadczeniami Madelunga nabrałem przekonania, że oddzielanie dłuższych pętli jelita — na 12 do 15 cm. — może się stać niebezpiecznem, mimo że w przypadku Courvoisiera odżywienie oddzielonego jelita nie ucierpiało. Przypadki Czernego, co dopiero przez niego opisane, utwierdzają mnie w mojem zdaniu; a zresztą też wynik mego przypadku okazuje, że obawa przed zaciśnieniem okrążnicy poprzecznéj była próżną.

II. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

O stosowaniu leczniczem nowéj soli karlsbadzkiéj i zachowaniu się téjże w przewodzie pokarmowym.

Podał na podstawie doświadczeń klinicznych
Dr. W. Jaworski,
Docent Uniwersytetu Jagiell.

Do ostatnich czasów wyłącznie wyrabianą sól karlsbadzka pod nazwą „Sprudelsalz" otrzymywano, jak to miałem sposobność przypatrzenia się bliżéj we warzelni miejskiéj w Karlsbadzie, przez odparowanie wody sprudlowéj na panwiach do tego stopnia, że z niéj po oziębieniu poczyna się osadzać znaczna warstwa dużych kryształów, które wybrane tworzą właśnie sól karlsbadzką, podczas gdy pozostała ciecz tak zwany ług pokrystaliczny jako nieużyteczny wylewają. Sól w ten sposób otrzymana tworzy duże jednorodne kryształy, a jéj roztwór daje z azotanem srebrowym zaledwie zmącenie, z kw. solnym albo wcale nie burzy się lub tylko nieco; natomiast daje silny osad z chlorkiem barowym. Jest więc prawie czystą solą glauberską, w któréj nadto większą połowę ciężaru stanowi woda krystaliczna. I dziwną jest rzeczą, że taki przetwór używał przeszło 100

lat w praktyce lekarskiéj większego przywileju niż 65 razy tańsza sól glauberska.

Dopiero gdy racyjonalniejsi lekarze poczęli używać zamiast soli karlsbadzkiéj coraz częściéj sztucznych mięszanin naśladujących rzeczywisty skład wody karlsbadzkiéj, zwołała rada miejska karlsbadzka w r. 1880 komisyję, w celu zreformowania wyrobu soli karlsbadzkiéj w taki sposób, aby przetwór, o ile możności, zawierał wszystkie składniki wody karlsbadzkiéj. Postanowiono przeto w komisyi odparowywać wodę sprudlową dopóty, aż rozczyn pocznie się mącić, potém go sączyć w celu wydalenia mętów, zawierających połączenia wapniowców, żelaza, glinu i krzemionki, a otrzymany przesącz do suchości wyparować, przez pozostałość zaś przeprowadzać w nadmiarze kw. węglowy wydobywający się ze źródeł karlsbadzkich w celu zamienienia węglanu sodowego obojętnego na węglan sodowy kwaśny. Prof. Ludwig, członek komisyi, przedsięwziął w tym celu w r. 1881 próbne doświadczenia, a w roku następnym rozpoczęto we warzelni miejskiéj, pod kierownictwem biegłego chemika Dra Szipöza, wyrób nowéj soli, którą od roku 1883 wprowadzono w handel pod nazwą *„Carlsbader Quellsalz“* w okrągłych słoikach, dla odróżnienia od dotychczasowego *„Sprudelsalz“* sprzedawanego równocześnie w słoikach czworobocznych.

Nowa sól karlsbadzka przedstawia się w postaci mączki krystalicznéj, jest smaku mocno słonego, rozpuszcza się w wodzie przekroplonéj zupełnie, wydając rozczyn nieco opalizujący, działa na papierki lakmusowe alkalicznie, z azotanem srebrowym jakotéż z chlorkiem barowym daje silne osady, z kwasami mocno burzy, z wodą krakowską studzienną daje znaczne zmącenie. Sól tę niesuszoną poddałem daléj ścisłemu rozbiorowi ilościowemu na najgłówniejsze składniki, z czego wyniki są następujące:

Z 2.000 gm. soli otrzymano 1·5655gm. siarkanu barowego, odpowiadającego 0·9535gm. siarkanu sodowego suchego.

Na 2·000gm. soli wynosił ubytek na wadze w przyrządzie Mohra za pomocą kw. siarkowego 0·394gm. bezwodnika węglowego zawartego we węglanie sodowym kwaśnym i obojętnym.

1·000gm. zaś soli zużył w kilku próbach po 45·0 cm.sz. dziesiętnonormalnego kw. solnego, odpowiadającego 0·099 bezw. węglowego zawartego w węglanie sodowym obojętnym, a stanowiącego dokładnie połowę ciężaru poprzedzającym sposobem otrzymanego, co dowodzi, że cała ilość węglanu sodowego w soli karlsbadzkiéj jest zawartą jako węglan sodowy kwaśny.

Na 0·400gm. soli w dwóch oznaczeniach zużyto metodą Mohra po 11·50cm.sz. dziesiętnonormalnego azotanu srebrowego.

Ztąd oblicza się skład odsetkowy niewysuszonéj nowéj soli karlsbadzkiéj w następujący sposób:

Soli glauberskiéj	47·665%
Węglanu sodowego kwaśn.	33·579%
Soli kuchennéj	16·101%
Reszta zaś ciężaru w ilości	2·655%

przypada częściowo na wodę, częściowo zaś na ślady następujących ciał, dających się w soli karlsbadzkiéj w małych ilościach wykazać, jakoto: kw. fosforowy, kw. borowy, fluor, potas i lit.

Z porównania składu chemicznego téj soli ze składem wody karlsbadzkiéj okazuje się, że tenże jest w niéj mniéj więcéj co do głównych składników zachowany, a w porównaniu z dawną solą karlsbadzką posiada nowa niezaprzeczenie wyższość. Chcąc otrzymać rozczyn z nowéj soli karlsbadzkiéj odpowiadający co do zgęszczenia składnikom saméj wody źródlanéj, trzebaby 5gm. soli rozpuścić w jednym litrze wody przekroplonéj.

Zajmując się od trzech lat zbadaniem wpływu wody karlsbadzkiéj na przewód pokarmowy przedsięwziąłem téj zimy, z inicyjatywy i rady prof. Korczyńskiego, na materyjale przeważnie z tegoż kliniki pochodzącym, szereg doświadczeń z tym nowym przetworem leczniczym. Celem tych doświadczeń było danie odpowiedzi, chociaż w części, na następujące pytania dla klinicysty przy zastosowaniu lekarskiém tego przetworu ważne:

1. W jaki sposób wpływa sól karlsbadzka na funkcyję trawienia i mechanizm żołądka?

2. W jaki sposób zachowuje się funkcyja jelit po użyciu soli karlsbadzkiéj?

3. Czyli sól karlsbadzka wywiera jeszcze inny wpływ na ustrój jak tylko na sam przewód pokarmowy?

4. Jakim zmianom podlega sama sól karlsbadzka w przewodzie pokarmowym?

5. W jakich dawkach należy podawać sól karlsbadzką tak ze względu na żołądek jakotéż jelita?

6. W jakim rozczynie i przy jakiéj ciepłocie?

7. W jakiéj porze dnia ze względu na stan przewodu pokarmowego i skutki następowe?

8. Po jakim czasie po użyciu soli należy pozwolić na spożywanie pokarmów i jakich?

9. W jakich stanach chorobowych przewodu pokarmowego stosowanie soli karlsbadzkiéj byłoby wskazane, a w których przeciwwskazane?

10. Czy między zachowaniem w przewodzie pokarmowym soli karlsbadzkiéj a wody karlsbadzkiéj zachodzi jaka różnica?

11. Czy sól karlsbadzka może być zastąpioną przez mieszaninę mechaniczną składników w niéj zawartych?

Starając się na powyższe pytania odpowiedzieć przeprowadziłem zbadanie zachowania się soli karlsbadzkiéj w przeszło dwustu doświadczeniach osobno co do jelit, a osobno co do żołądka.

Zachowanie się soli co do jelit obserwowano w stukilkudziesięciu doświadczeniach uskutecznionych na 25 osobach, z którychto doświadczeń 51 uwidoczniono w tablicy niżéj umieszczonéj.

Sposób postępowania w pojedyńczych doświadczeniach był następujący: Zwykle rano na czczo, w kilku doświadczeniach i w innéj porze dnia, podano do wypicia 5, 10, 15, 20gr. soli rozpuszczonéj we wodzie przekroplonéj, studziennéj, deszczowéj, sodowéj lub selcerskiéj sztucznéj. W przeważnéj części przypadków używano na 5gm. soli ćwierci litra wody przy ciepłocie pokojowéj 18°C. lub też ogrzanéj do 55°C., t. j. do ciepłoty, przy któréj pacyjenci wodę ze źródła Mühlbrunn na miejscu piją. Najczęściéj większe dawki podawano w przestankach półgodzinnych po 5gm. soli, w wielu przypadkach podawano i 10gm. naraz, nie przekraczano jednak jednorazowéj dawki 15gm. Po zadaniu soli obserwowano przez kilka godzin następowe objawy przedmiotowe i podmiotowe, czas występowania stolców, ilość i jakość tychże. W kilku doświadczeniach zbadano stolce chemicznie, a w kilku przypadkach uwzględniono zachowanie się moczu [1]).

(C. d. n.)

[1]) Tablica I dodaną będzie w ciągu dalszym.

III. O związku przyczynowym zapalenia dziąseł z innemi chorobami.

(Rzecz miana na Walnem Zebraniu Wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół nauk Poznańskiego dnia 23-go Czerwca r. 1881).

Przez Dr. **Kaczorowskiego.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 18).

Chodzi nam tu głównie o zwrócenie uwagi na najzwyczajniejsze proste zapalenie dziąseł, o które się żaden człowiek lekarza nie radzi, bo ono w początkach mało, albo żadnego nie sprawia bólu, a wtedy, kiedy się pacyjent przedstawi lekarzowi, następstwa schorzenia dziąseł w odleglejszych narządach tak znaczną zwykły już mieć przewagę nad pierwotném ogniskiem choroby, że na nie koncentruje się cała uwaga tak chorego jak i lekarza, a punkt wyjścia choroby albo przeoczonym albo téż na karb wtórorzędnych zajęć policzony bywa. W tym właśnie zbiegu okoliczności szukać téż należy rozwiązania zagadki, dla czego związek przyczynowy zapalenia dziąseł z innemi cierpieniami dotąd nie znalazł należytego ocenienia.

Ileż to bowiem ludzi chodzi po świecie, u których w ustach wcale nie ładnie wygląda, a którzy mimo to pożądaném cieszą się zdrowiem, trzeba dodać, pożądaném na pozór, bo się nie żalą. Jeżeli wszakże zważymy, że najniepozorniejsze obrażenia skóry są zdolne wywołać poniekąd poważne choroby, nie podobna oczu zamykać w obec nieznacznych choćby zadrażnień dziąseł. Nie tajno nam dzisiaj, że w zgniłém zakażeniu tkwi groza owych drobnych urazów. Czyliż więc odsłonione z przybłonka dziąsła miałyby być zabezpieczone listem żelaznym od napaści wrogów, przeciwko którym tak skwapliwie teraz strzeżemy każdą otwartą ranę? prawda, że fizyjologowie w sinku siarczykowym śliny upatrują czynnik odwietrzający jamę ustną czyli zapobiegający gniciu pozostających w niéj ciał białkowych; jak mało on jednak dopełnia téj powinności, świadczy niemiła woń tylu ust, do których się z zdrowym nosem zbliżamy. Zapominać téż nie należy, że ślina głównie wydziela się w czasie przeżuwania pokarmów. Często więc powtarzane przyjmowanie stałych pokarmów i przepłukiwanie jamy ustnéj napojami do pewnego stopnia zapewne zdoła usuwać i zobojętniać naleciałości wciąż z świata zewnętrznego przybywające; z zawieszeniem zaś tych czynności w nieskażonych nawet ustach, np. osób głodem dotkniętych, dostrzegamy powonieniem jakiéjś gnilnéj sprawy a tém bardziéj, jeżeli białkowy wysięk zapalonych dziąseł lub zębów dostarcza odżywki nieustannie do jamy ustnej napływającym grzybkom. A przyznać trzeba, że żaden choć trochę o zdrowie swe dbały człowiek nie ścierpiałby na skórze swojéj gdziebądź takiego niechlujstwa bez szukania przeciwko niemu rady, jakie swobodnie i obojętnie znosi w tym ciała swojego przybytku, do którego najbliższych sercu swojemu tuli na znak najwyższéj czułości. Nieświadomość tego stanu może tylko wytłumaczyć ten dziwny zbieg okoliczności, ile że zwrócić komu uwagę na to, iż mu z ust cuchnie, za nieprzyzwoitąby rzecz uchodziło. Do lekarzy należy bez ogródki i w tym kierunku opiekować się klijentami swoimi.

Określiwszy tak zapatrywanie nasze na doniosłość zapalenia dziąseł jako wątku dalszych niedomagań, przychodzi nam rozpatrzyć się teraz bliżéj po drogach, jakiemi ono w ustroju naszym dal éj kroczyćby mogło i kroczy.

Najbliższa droga prowadzi, jak już wyżéj namieniłem, do jamy ustnéj. W obec nieuporządkowanego chaosu, w jakim się jeszcze znajduje nauka o rozwoju i chorobotwórczéj roli różnych gatunków grzybków napotykanych w jamie ustnéj, nie myślę się kusić o przybliżone choćby tłumaczenie oddziaływania pewnych odrębnych gatunków, przenoszących się z pierwotnego ogniska, tj. z dziąseł na jamę ustną; wystarczy dla założonego a wyłącznie praktycznego celu zaznaczyć, że w jamie ustnéj odróżnić można dwie chorobowe fermentacyje, kwaśną i gnilną, o których tyle już wiadomo, że głównie zależą od materyi odżywczéj, jakiéj się grzybkom dostarcza, pierwsza od ciał bezazotowych, druga od azotowych. Że jedna jak druga może zostać wzniecaną niezdrowemi, tj. swoiste grzybki w sobie zawierającemi, pokarmami, szczególniéj u małych dzieci bez udziału jakiegoś zapalenia dziąseł, samo się przez się rozumie. Jeżeli jednak w obec niezmienionego, zdrowego matczynego pokarmu, nagle zajdzie u dziecka kwaśna fermentacyja w jamie ustnéj z dalszemi swojemi na sprawę trawienia następstwami, będzie można prawie zawsze na dziąsłach napotkać zjawiska zapalne. Gnilna zaś fermentacyja, wyjąwszy szczegółowe przypadkowe urazy w jamie ustnéj, bierze zawsze początek z dziąseł. Wyniki tych fermentacyj uwidoczniają się najwybitniéj na bujnéj glebie powierzchni języka, w którego łuszczących się przybłonkach grzybkom najłatwiéj zagnieżdżać się przychodzi. Ztąd téż w razie kwaśnéj fermentacyi język pokrywa się szarym coraz bardziéj grubiejącym pokładem, w razie gnilnéj cienkim brudno-żółtawym, przez który miejscami przegląda czerwona rozpulchniona, późniéj wysychająca i połyskująca błona śluzowa.

Z języka posuwa się ta sprawa wzdłuż migdałków na połyk. Nieuniknioném następstwem zajęcia owych w nerwy smakowe zaopatrzonych narządów bywa zawsze upośledzone łaknienie, w pierwszym przypadku do pewnego stopnia jeszcze zachowane, ale skierowane na ostre, drażniące pokarmy, w drugim zupełnie utracone, szczególniéj co do mięsnych pokarmów. Wstręt ten nieledwie za instynktowo zachowawczy poczytaćby można, aby grzybkom odciąć dalszy dowóz żywności, gdyby z dłuższéj wstrzemięźliwości cały ustrój nie miał szwankować.

Utrzymujące się dość powszechnie mniemanie, że język jest zwierciadłem żołądka, i że przyczyny braku łaknienia szukać należy w żołądku, którego nieżyt ma się odbijać na obłożonym języku, zaprawdę raz na zawsze z umysłów tak lekarzy jak publiczności wyrugować potrzeba, jedynie bowiem usposobienie języka stanowi o mierze łaknienia. Póki czystego języka, póty łaknienia nie braknie nawet w ciężkich gorączkowych chorobach.

Dość przypomnieć suchotników, którzy dla kaszlu ustawicznie czemś usta przepłókując, prawie do śmierci zachowują ogromny nawet apetyt. A jak mały związek ma z trawieniem żołądka brak łaknienia, przekonywa pomyślny sztuczny sposób karmienia za pomocą sondy żołądkowéj na osobach, doświadczających wstrętu a nawet wymiotów w obec siłą woli dokonywanych prób przyjmowania pokarmów. Wymioty więc w takim razie odnosić wypada nie do żołądka ale raczéj do zakażonego równie jak język połyku, zżymającego się zwrotnym kurczem w obec wprowadzonych doń niepożądanych rzeczy. Jeżeli zatém omijając bezpośrednie stykanie się pokarmów z podrażnionemi drogami, któremi przeprawiać się im przychodzi, tj. z językiem i poły-

kiem, odżywiać można chorych skutecznie, mimo braku łaknienia daleko bliższém zdawać się winno zadanie lekarza ciągłego naprawiania tych dróg, czyli wyrażając się naukowo, ustawicznego ich odwietrzania. Czasy, kiedy głodem kuszono się pokonywać choroby, niepowrotnie minęły.

Coraz głośniéj odzywają się nawoływania lekarzy, że większa część chorych pogrążonych w długotrwałych gorączkach, mianowicie w chorobach tyfusowych, umiera nie tyle z choroby właściwej ile raczéj z głodu. Przypuszczając wszakże, że tacy chorzy ani łakną ani pragną dla braku świadomości skutkiem zajęcia mózgu, doradza się przynaglanie ich do jak najczęstszego przyjmowania napojów i płynnych pokarmów. Jestto w części tylko słuszném, bo gdy się im poda zimnéj wody, chętnie i chciwie ją pochłaniają dla zaspokojenia pragnienia, pokarmy zaś choć płynne i chłodne zazwyczaj z wstrętem odtrącają, spieczona bowiem jama ustna i połyk, zanieczyszczone pasorzytami, utraciły całkiem łaknienie. Gdy się im usta odwilżać pocznie ale co chwila lekiem dezinfekującym, niewstrętnym w smaku, niezadługo z lubością zaczną zapijać mleko, maślankę do kilku litrów na dobę. Trzymając się téj zasady od dawnych lat używałem w tym celu we wszystkich gorączkowych chorobach chloranu potasowego; od czasu jednak, gdy stwierdzono trujące własności większych ilości tego leku, jakkolwiek sam tego nie miałem sposobności doświadczyć, używam jodu w roztworze soli kuchennéj (Trae Jodi 0,5% na 1% roz czyn Natr. chlorati), podając co 15 do—30 minut po $\frac{1}{2}$—całéj łyżki stołowej. Od 5 lat trzymając się tego sposobu leczenia na tysiącach chorych, z których wielu po 2 gramy nastoju jodowego na dobę całemi tygodniami używało, nigdy ztąd niepożądanych nie spostrzegałem wyników. Chorzy, nie wyjmując dzieci, przyjmują ten lek bez oporu, poniekąd bardzo chętnie, jama ustna zachowuje pod jego wpływem przy pomocy obfitego napoju wilgoć i czyste wejrzenie nie dopuszczając owych złowrogich sadzowatych złogów, które chyba po dłuższém zawieszeniu leku, np. podczas spoczynku nocnego, łatwo na nowo się pojawiają.

Że jod do najdzielniejszych w minimalnych nawet dawkach działających środków przeciwgnilnych należy, wykazał dostatecznie Binz. Połącznie jodu z chlorkiem sodowym uważam za stósowne nie tylko ze względu na pozbawienie niemiłego smaku czystego jodu i zapobieżenie szybkiemu rozkładowi, ale także za pożądane celem dostarczania ustrojowi ubywającéj w gorączkach ważnéj części składowéj krwi, ile że chlorek sodowy sam w sobie posiada własności dezinfekujące. Roczyn ów, podawany przezemnie we wszystkich chorobach gorączkowych obok innych odpowiednich środków leczniczych, zasługuje, według zdania mojego, na niezaprzeczone pierwszeństwo przed ulubionym powszechnie w takich razach kwasem solnym, który zrazu chorym przyjemny, późniéj się jednak uprzykrza, a mimo fizyjologicznie może uzasadnionego korzystnego wpływu na trawienie żołądka, jak wszystkie kwasy mineralne, niepowetowane wyrządza szkody w jamie ustnéj przyczyniając się do zepsucia zębów, które po przebyciu ciężkich chorób gorączkowych tak często wypadają. Jeden nadmanganian potasowy współzawodniczyć chyba może pod względem zdolności oczyszczenia jamy ustnej z naszą mięszanką jodową, nadaje się wszakże tylko do wypłukiwań; podawaniu wewnętrznemu celem dosięgnienia także połyku stoi na przeszkodzie wstrętny smak, a może dłuższe używanie przetworu potasowego nie byłoby obojętném dla całego ustroju.

W chorobach bezgorączkowych używamy celem poskramiania zakażenia jamy ustnéj również mięszanki słonojodowéj w rzadszych dawkach albo połączenia nastoju jodowego z nastojem miry, albo kozełka, rozdrębu, kiłoguba, cynamonu, dębianki, (Tra. Jodi p. 1: Tr. Myrrhae, vel Valerian. Eucalypti, Guajaci, Gallarum, Cinamomi 10 p.) po 20 kropel do małego kieliszeczka wody, któréjto mięszanki zalecamy używać częścią do dokładnego płókania jamy ustnéj i połykowéj, częścią do powolnego połykania, ponieważ mało kto płukaniem dolnych części połyku dosięgnąć potrafi. Zresztą ktoby i wszystko razem połknął do żołądka, nie tylko że sobie tém wcale nie zaszkodzi, ale owszem dezinfekując zarazem żołądek trawienie swoje naprawi.

Dezinfekcyje owe jamy ustnéj powinny być uskuteczniane co najmniéj po każdém jedzeniu, w cięższych przypadkach zapalenia dziąseł co godzina nawet i częściéj, nareszcie regularnie przed spoczynkiem. Rano zaś przed użyciem płukania zaleca się poprzednio dla oczyszczenia zębów i dziąseł z osiadłych przez noc naleciałości i śluzu zmywać takowe za pomocą szczoteczki pomazanéj mydłem, jakiego do mycia twarzy używa się. Do tego celu stósowniejsze są szczoteczki kauczukowe aniżeli zwyczajne szczecinowe, które łatwo kaleczą dziąsła, zwłaszcza owrzodziałe i do broczenia skłonne. Zamiast mydła można także używać proszku magnezyi palonéj, skorupek ostrygowych. Że zęby sztuczne przy każdém czyszczeniu jamy ustnéj wyjmowane i dokładnie opłukane, w razie silniejszego zapalenia dziąseł i w każdéj ostréj chorobie na pewien czas zupełnie odłożone być winny, samo się przez się rozumie. W ten lub ów sposób oczyszczając ustawicznie jamę ustną i połyk, w każdéj chorobie jaki taki przynajmniéj stopień łaknienia utrzymać zdołamy. Nie taimy atoli bynajmniéj, że dopóki w jamie ustnéj znajdują się zęby próchniejące, one to rozsiewając ciągle na nowo gnilne pierwiastki, utrudniają i czynią prawie niepodobną dokładną dezinfekcyję jamy ustnéj, z któregoto więc powodu jak najczęściéj do płukania powracać należy. Przy téj sposobności nadmienić wypada, że napotykany u wielu osób nieprzezwyciężony wstręt do mleka głównie polega na zakażeniu jamy ustnéj w skutek gnijących zębów i dziąseł. Ztąd téż osoby owe najenergiczniéj opierają się spożywaniu mleka na pierwsze śniadanie, ponieważ rano ich jama ustna najbardziéj jest zanieczyszczona i jędrniejszego drażniącego napoju spragniona. Nadto mleko zaprawne nagromadzonemi w jamie ustnéj zaczynami doszedłszy do żołądka nie może nic innego jak uledz nieprawidłowéj fermentacyi a wywołane ztąd zaburzenia trawienia utwierdzają tém bardziéj odrazę do mleka. Zwalczając zakażenie jamy ustnéj sposobem wskazanym nie trudno pokonać najbardziéj zastarzały nawet wstręt do mlecznych pokarmów, szczególniéj jeśli jeszcze żołądkowi przyjdziemy w pomoc przetworami alkalicznemi i goryczkami.

Zakażenie jamy ustnéj postępując daléj przez połyk przechodzi więc do żołądka, zanosząc tam tak chorobotwórcze grzybki jakotéż ich wydzieliny. Dopóki narząd trawiący jest czerstwy i sprężysty, da zapewne temu wszystkiemu radę. Ale gdy pod brzemieniem zbyt obfitych lub zbyt ciężkich pokarmów albo pod zmorą ogólnego charłactwa zabraknie pożądanego do prawidłowéj przeróbki soku i pracy, obce fermenty biorą przewagę burząc całą sprawę trawienia, dając się właścicielowi w znaki całym szeregiem dolegliwości, jako to ciśnieniem w dołku podsercowym, bolesnemi skurczami żołądka, wzdęciem, odbijaniem czczych gazów lub

ostrych kwaśnych cieczy, mdłościami, a nawet wymiotami, którymto miejscowym zjawiskom zwykł towarzyszyć odleglejszy oddźwięk bólu głowy, bezsenności i ogólnego rozstroju nerwowego. Znane te pod nazwą dyspepsyi przypady przypisywane bywają powszechnie nieżytowi żołądka, w ostatnim dopiero czasie patologija, uznając bezpodstawność podciągania każdego złego trawienia pod rubrykę modnego kataru żołądka, wytworzyła także pojęcie „nerwowéj dyspepsyi“ na wytłumaczenie niestrawności u ludzi niedokrwistych (Leube). (C. d. n.)

IV. Kazuistyka lekarska.

Pięć spostrzeżeń z warszawskiego szpitala dla dzieci wyzn. mojżeszowego małż. Bersohnów i Baumannów.

Opisał Dr. Ludwik Wolberg,
miejscowy lekarz szpitala.

2) Tężec urazowy.

Przypadki szczękościsku i tężca u nowonarodzonych dzieci, przydarzające się podczas i, jak utrzymują, w skutek zabliźniania się pępka, są dosyć częste, natomiast charakterystyczny tężec u starszego chłopca i to w skutek urazowéj przyczyny, jako przypadek rzadszy, zasługuje na krótki opis.

Chłopczyka dziesięcioletniego, cierpiącego właśnie na tę chorobę, widziałem w czerwcu 1883 roku w szpitalu. Wysokiego jak na swój wiek wzrostu, wątłéj budowy, źle odżywiony, chudy chłopiec został podobno na kilka dni przed przybyciem do szpitala pobitym przez innych chłopców. Razy padały na całe ciało, głównie jednak na plecy i nie były zbyt gwałtowne, gdyż śladów (złamań, zdrapań lub siniaków) wcale nie pozostawiły. To pobicie uważała matka pacyjenta i on sam za powód cierpienia, które poczęło rozwijać się piątego dnia po pobiciu, a na cztery dni przed przyjęciem chorego do szpitala.

Pierwsze objawy wystąpiły w mięśniach karku. Tutaj chory najpierw poczuł pewnego rodzaju ból, a następnie trudność przy poruszaniu szyi, a także twardnienie mięśni. Wkrótce też same objawy wystąpiły w mięśniach barków, ramion i przedramion, a także w udach i goleniach. Przytomność była zupełnie zachowaną, a co ważniejsza mięśnie szczęk nie twardniały podówczas. O stanie ciepłoty w domu niczego stanowczego nie mogłem się dowiedzieć. Chory, pomimo cierpień, miał dobry apetyt i pragnienie, lecz wypróżnienia nie było od trzech dni. Kilkakrotnie zapytywałem matkę, czy jéj dziecko nie skaleczyło się, nie wbiło sobie drzazgi w ciało, lub nie zostało przez psa pokąsaném; a zawsze otrzymywałem od niéj przeczące odpowiedzi, obecny zaś temu chory potwierdzał jéj słowa

Chory w chwili przyjęcia go do szpitala (14 czerwca) lekko gorączkował, ciepłota wynosiła 38°C. Przytomność całkowicie była zachowaną, wyraz twarzy cierpiący, kąty ust ściągnięte ku dołowi, nos śpiczasty, oczy błyszczące, powieki pofałdowane, czoło pokryte poprzecznemi zmarszczkami, wargi wąskie, suche, popękane, cera blado-szarawa, z lekkim rumieńcem na policzkach. Usta zamknięte, lecz chory może je cokolwiek rozchylić, przyczém szczęki rozwierają się zaledwie na kilka linij. Mięśnie żwacze niebolesne, lecz naprężone i twarde. Podczas badania chory kilkakrotnie doznaje napadu tężenia mięśni. Wówczas głowa zostaje w tył ściągnięta, a szyja, klatka piersiowa i brzuch, jakby jedna całość, łukowato wypinają się ku przodowi. Każdy mięsień jest twardym, bolesnym przy dotykaniu, a ściany brzuszne twarde. Całe ciało odstaje od łóżka, tylko tyłogłowie i kark od góry, a guzy siedzeniowe i wyprężone odnogi dolne spoczywają na łóżku i unoszą tułów. Pod plecy i krzyż można podprowadzić pięść i przesunąć ją, nie dotykając łukowato wygiętego kręgosłupa. Napad trwa kilkanaście sekund, podczas tego oczy jeszcze silniéj błyszczą, a na twarzy występują silniejsze rumieńce i pot. Następnie mięśnie rozwalniają się, chory opada całym tułowiem na łóżko, zbolały, zmęczony, głęboko wypierając z płuc powietrze, wstrzymane podczas napadu. W wszystkich naprężonych mięśniach czuje ból tępy, większy niż po zwyczajnéj fizycznéj pracy, lecz zupełnie d ń podobny. Podczas napadu chory na moją prośbę wysuwa język, porusza, zgina odnogi górne we wszystkich stawach, te części bowiem nie tężeją, natomiast odnogi dolne są zesztywniałe, a chory może je unieść tylko cokolwiek ku górze, zginając je w stawach biodrowych, a stawy kolanowe i goleniostopowe są unieruchomione. Zaraz po napadzie chory jest w stanie zginać i rozginać wszystkie swe członki. Przerwa trwa niedługo, od pół do kilku minut, potém smutny obraz powtarza się; w ciągu godziny obserwowałem 12—18 takich napadów. W nocy i podczas dnia chory zasypia, lecz budzi się, najdaléj po upływie pół godziny, przebywa napad tężca i znowu zasypia na krótki czas. Skutkiem téj kilkodniowéj bezsenności jest zmęczonym, odrętwiałym i ciągle sennym.

Na skórze oprócz śladów ukąszeń pcheł żadnéj wysypki. W narządach wewnętrznych nie znalazłem nic nieprawidłowego, z wyjątkiem silnego zaostrzenia drugiego tonu serca, ale zupełnie bez szmeru. Tępość wątroby poczyna się od 5go, a śledziony od 8go żebra, a kończy na łuku żebrowym. Zrenice miernie rozszerzone, prawidłowo oddziaływają na światło.

Starając się złagodzić cierpienia chłopca, uciekłem się do silnych narkotyków. W ciągu dnia chory przyjmował bromek sodu (*Natri brom. drach. semis.* na *unc. tres. Aq.* co godzina po łyżeczce), prócz tego rano i wieczorem zastosowano mu w lewatywie po 10 ziarn chloralu. Jednocześnie kąpiel ciepła 28°R. przez 10 minut trwająca. Przeciw brakowi wypróżnień nie działałem pierwszego dnia, sądziłem bowiem, że chory unika wypróżnienia bolesnego z powodu naprężania ścian brzusznych. Gdy jednak i na drugi dzień nie było wypróżnienia, a w brzuchu można było wymacać treść, podałem 3 proszki kalomelu, po 5 ziarna każdy, a następnie łyżkę oleju rycynowego, poczém nastąpiło kilka gęsto-kalistych wypróżnień.

D. 15 czerwca ciepłota wynosi 37·2°C., tętno pełne 120. *Opisthotonus* trwa, a *trismus* niezupełny; przytém obfite pocenie się. Chory wcale nie jest w stanie poruszyć odnóg dolnych, a zatém tężec jest tutaj większym, aniżeli dnia poprzedniego. Na powtórne zapytanie, wprost dziecku zadane, czy nie skaleczył się gdziekolwiek, podaje nareszcie, że przed dwoma tygodniami przypadkowo wbił sobie drzazgę w prawą stopę i nie wie, czy ona wyszła już, lub jeszcze tkwi. Rzeczywiście tuż pod trzecim palcem prawéj stopy znajduję maleńkie obrzmienie i otworek, z którego przy nacisku wydziela się kropelka krwawéj rzadkiéj ropy. Z otworu wydobyłem pincetą cienką na pół cala długą drzazgę, która przenikała skórę w kierunku skośnym i tkwiła w niéj na kilka linij głęboko. Śród wyjmowania drzazgi żadnego odczynu, ani napadu tężcowego. Tego dnia poruszanie odnóg górnych jest tak samo swobodne, jak pierwszego, podczas gdy odnogi dolne są bardzo naprężone. Nie widząc, aby poprzednio zadawane narkotyki przynosiły ulgę, poleciłem podskórne zastrzykiwania morfinu, dwa razy dziennie po $^1/_8$ ziarna.

16 czerwca. Ciepłota 38,0, a tętno 180. Przez całą noc chory nie spał. Kurcze trwają bezustannie, ciało oblane klejkim potem. Nad ranem było kilka silniejszych napadów drgawek z utratą przytomności, sinicą, pianą przed ustami. Każdy taki napad trwał po kilka minut. Nad ranem o 9éj zastrzyknąłem choremu $^1/_6$ ziarna morfinu a prócz tego w dalszym ciągu podawano chloral. Widząc, że tężenie mięśni nie ustępuje, zastrzyknąłem o 12éj w południe $^1/_{30}$ ziarna kurary, (8 kropli z roztworu (1 ziarno w $^1/_2$ uncyi wody). Wieczorem tętno bardzo pełne, 128, a ciepłota 38·4. Wypróżnienia przez cały dzień nie było. Wyprężenie mięśni, szczególnie ścian brzusznych, bardzo silne. Wieczorem powtórzyłem zastrzyknięcie $^1/_{30}$ ziarna kurary.

17/6. Ciepłota 38,2°. Tętno 112 mniéj pełne, niż wczoraj. Mięśnie karku, grzbietu, lędźwi bardzo twarde, naprężone, a przy dotykaniu jeszcze więcéj się naprężają. Wypróżnie-

nia nie było, podano przeto pacyjentowi 15 ziarn *Rhei pulv.* i zastosowano dwie lewatywy z *Inf. sennae comp.* Pomimo tego wypróżnienia nie miał. Mocz oddaje chory bardzo łatwo, bez męczenia się. W nocy znowu nie spał, we dnie też nie śpi, lecz drzemie po trochu. Źrenice rozszerzone na światło nie oddziaływają. Nie może wysunąć języka z ust. Odnogi górne zgina z łatwością i porusza palcami, podczas gdy odnogi dolne i palce stóp są nieruchome. Przepisałem pacyjentowi, idąc za radą Soltmanna, *Extractum Calabaris* (gr. 1 na drachmę wody), sześć kropli na cukrze, a zaraz po zadaniu pierwszej dawki choremu, zachloroformowałem go, chcąc sprowadzić sen. Rzeczywiście chory, który od 4 dni nie spał, obecnie bardzo prędko, po kilku wdychaniach chloroformu zasnął spokojnie, a podczas snu wszystkie mięśnie ciała, z wyjątkiem karkowych, od razu zmiękły. Sen nie trwał dłużej nad pół godziny, a po przebudzeniu się chorego w téj chwili wszystkie mięśnie powróciły do poprzedniego stanu skurczu. Głowa została wykręconą na prawo, a klatka piersiowa i brzuch wygięte ku przodowi. Dałem mu znów cokolwiek chloroformu do oddechania, zasnął powtórnie, lecz tylko na 15 minut, podczas których tężec znowu ustąpił. W ciągu dnia chory zażywał chloral, zasypiał kilkanaście razy, lecz zawsze po krótkim przestanku budziły go silne napady tężenia mięśni. Wieczorem ciepłota wynosiła 37·6, a tętno 104. Zażył $^1/_8$ ziarna *Extr. Calabaris* o godzinie 6éj wieczorem. O godzinie 8éj znów $^1/_{10}$ ziarna kalabaru (trzecia to dawka tego dnia). Wypróżnienia w ciągu dnia wcale nie miał pomimo rzewnia; poleciłem zatém lewatywę z oleju rycynowego. Następnego dnia 18 czerwca o godzinie 9éj z rana wśród tężenia mięśni całego ciała i podwyższenia ciepłoty do 39,4°C. nastąpiło konanie i śmierć. Oględzin pośmiertnych nie robiłem.

Co było przyczyną tężca w tym przypadku? Czy skaleczenie w stopę, które nastąpiło w ostatnich dniach maja, czy też pobicie 5go czerwca? Nie podobna tego określić, gdyż nie wiemy, jak długo trwa okres wylęgania choroby. Od skaleczenia do pierwszego objawu tężca upłynęło około 10 dni, a od pobicia tylko 5 dni, gdyż 10go czerwca chory poczuł pierwsze objawy bólu i tężenia w mięśniach karku. Dla lekarza sądowego określenie przyczyny w tym przypadku byłoby niemożebném i stanowiłoby szkopuł nie lada; dla nas zaś wszystko jedno, czy skaleczenie, czy pobicie, w każdym razie trauma. Cały przebieg choroby od pierwszych objawów aż do śmierci trwał 8 dni. Ciepłota w ciągu choroby wahała się pomiędzy 37·2 a 38·4, dopiero podczas konania wzniosła się do 39·4. Żadne środki narkotyczne i przeciwtężcowe nie przyniosły korzyści, nawet chwilowéj, dla tego też widząc cierpienia dziecka, a chcąc mu ulżyć koniecznie, wybierałem to ten, to ów środek, nie pozostając dłużéj przy żadnym z nich. Podskórnych zastrzykiwań morfinn, a następnie kurary, zaniechałem głównie dla tego, że nie widziałem żadnéj natychmiastowéj ulgi, przeciwnie nawet każde zastrzyknięcie wywoływało nowy, silny napad tężca. Dla tego też w końcu uciekłem się do zadawania środków lekarskich li tylko przez usta (*Extr. Calabaris*) i przez drogi oddechowe (chloroform), gdyż te sposoby najmniéj szkody przynosiły choremu.

W Nrze 44 *Berl. klin. Woch.* z 1883 r. Dr. Gontermann pomieścił opis przypadku tężca urazowego u $4^1/_2$-letniego chłopczyka, uleczonego za pomocą systematycznych zastrzykiwań kurary. Pierwsze zastrzykiwanie w ilości $^1/_{12}$ ziarna (0,25 z roztworu, zawierającego 0,25 kurary na 10,0 wody i 2,5 spirytusu) wywołało bardzo silny napad tężcowy z dusznością i sinicą tak wielką, że autor obawiał się na tychmiastowéj śmierci i już żałował, że lek zastrzyknął. Po kilku minutach napad przeszedł, a chociaż w ciągu dnia nie znać było najmniejszego polepszenia, wieczorem jednak zastrzyknięto prawie $^1/_8$ gr. kurary, co znowu wywołało zatrważający napad. Następnych dni zastrzykiwał autor po $^1/_6$ gr., a nawet po $^1/_4$ gr. i po kilku dniach tak odważnéj i wytrwałéj pracy doczekał się poprawy, a następnie zupełnego uzdrowienia chorego.

Drugi przypadek Dra de Grousilliers, opisany w tymże numerze, zakończył się śmiercią, pomimo kilkudniowéj poprawy podczas stosowania kurary. Autor utrzymuje, że użyte przezeń dawki były zbyt małe (dwa razy dziennie po 0 006, a następnie po 0,012 u dorosłego mężczyzny).

Bądź co bądź działanie kurary jest niepewném, ryzykownem i wymaga przeto dokładnych badań doświadczalnych i spostrzeżeń klinicznych. Wyciąg kalabaru, stosowany przezemnie w ostatnich dniach choroby nie przyniósł żadnéj widocznéj ulgi. (C. d. n.)

V. Oceny i sprawozdania.

E. Leyden: **O samorodném zapaleniu otrzewny.**

Zapalenie otrzewny odróżnili dopiero Laënnec i Broussais od innych spraw zapalnych w jamie brzusznéj i od zapaleń powłok brzusznych, co wszystko dawniéj uważano za jednę sprawę. Wkrótce jednak pouczyło doświadczenie, że zapalenie otrzewny bywa zazwyczaj schorzeniem następowém, Louis zwłaszcza nabył przekonania, że samorodne zapalenie otrzewny bywa nader rzadkiém zjawiskiem, a w najliczniejszych przypadkach zachodzi związek przyczynowy pomiędzy zapaleniem otrzewny a zmianami patologicznemi narządów okolicznych. W miarę gromadzenia się doświadczeń, zdobywanych na stole sekcyjnym, stawało się istnienie samorodnego zapalenia otrzewny coraz wątpliwszém. W ślad za tém zapatrywaniem idą autorowie podręczników, jedni wspominają o tém schorzeniu twierdząc, że bywa ono nader rzadkiém, inni przeczą wprost jego istnieniu.

Przeszukując starannie odnośną literaturę wynalazł autor dosyć liczne opisy kazuistyczne téj choroby, zwłaszcza przez lekarzy francuskich; wszystkie te obserwacyje pochodzą z lat dawniejszych, a na szczególniejszą uwagę zasługują opisy przypadków, w których zapalenie otrzewny występowało wśród przebiegu ostrego gośćca stawowego.

Sam autor miał sposobność obserwować kilka przypadków tego rodzaju w klinice swojéj. Sekcyje wykazały, że brakowało zupełnie zmian pierwotnych w narządach okolicznych, a mianowicie części rodne wewnętrzne były u obu niewiast zmarłych zupełnie prawidłowe. Opisy tych przypadków, nader starannie zbadanych, dowodzą, że samorodne zapalenie otrzewny istnieje i że jest rzadszém u mężczyzn aniżeli u kobiet. Przebieg bywa w licznych przypadkach tak samo gwałtowny jak w zapaleniu otrzewny w skutek wydostania się kału, w mniejszéj liczbie przypadków sprawa zapalna kończy się pomyślnie, jakkolwiek się nieco przeciąga. Badając mikroskopowo wypociny ropne z jam otrzewnowych wykrył autor prątki, które jakkolwiek nie różnią się postacią od prątków znajdujących się wśród zapalenia otrzewny połogowego, to jednak nie znajdują się w tak znacznéj ilości, jak to bywa wśród właśnie przytoczonego schorzenia. Na téj podstawie przypuszcza L., że te dwa rodzaje zapalenia otrzewny nie różnią się zasadniczo oddzielnie, lecz tylko stopniem nasilenia. Wypociny badane nie cuchnęły i różniły się w skutek braku prątków gnilnych od wypocin z przypadków zapalenia posokowatego.

Zapalenie otrzewny powstające w przebiegu zapalenia gośćcowego jest odmienną sprawą, gdyż wypociny wśród zapalenia stawów bywają surowicze a w zapaleniu otrzewny samodzielném bywają ropne. Ostatnią sprawę chorobową uważać należy za sprawę pasorzytniczą, a jakkolwiek nie mamy dotąd sposobu do wykazania drogi, po któréj przy-

rzut wtargnął, to musimy w tych przypadkach, niemniéj jak w innych chorobach zakaźnych przypuścić, że pasorzyty znajdują się i w zdrowych organizmach a dopiero szkodliwości przypadkowe stają się przyczyną osiedlania się tychże na otrzewny. Menstruacyja usposabia do powstania samorodnego zapalenia otrzewny, chociażby nawet narządy pośredniczące w przeniesieniu przyrzutu, a mianowicie macica i trąbki, nie uległy najmniejszym zmianom. Nie mając dotąd środka niszczącego przyrzut musimy starać się działać nań środkiem, który jak dotąd najlepszą sławą się cieszy, a tym jest rtęć. Już Traube stosował w tych przypadkach wcierania szaruchy, L. jednak nie widział po tém znacznego polepszenia i stanowczego wpływu na przebieg choroby; obok tego stosuje lód, makowiec i środki podniecające.

Od dawna przemyśliwał autor nad leczeniem tego cierpienia zabiegiem operacyjnym; dotychczasowe wyniki nie są tak pomyślne jak leczenie otoków ropnych opłucnowych, trudniéj bowiem oczyścić nader liczne zaułki jamy otrzewnowéj. Zawsze jednak wypadałoby, ażeby chirurdzy z zawodu zajęli się tą sprawą. *(Deutsche med. Wochenschrift*, Nr. 17, 1884). *Dr. Schaitter.*

Mendel: O macinnicy u mężczyzn.

Eulenburg wyraża się, że jeżeli nazwę macinnicy (*hysteria)* wywodzi się od macicy, to przypuszczenie istnienia macinnicy u mężczyzn jest niedorzeczném. Dawne jednak zapatrywania, na podstawie których odnoszono zbiór przypadów macinnictwa do zmian macicy, jakkolwiek panowało bez mała lat 2000, należy już do przeszłości; doświadczenie pouczyło, że macinnictwo stoi w takim stosunku do zmian macicy jak do zmian w jakimkolwiek innym narządzie a w obec istniejącéj skłonności może każda inna sprawa chorobowa wywołać przypady macinnicze lub przebieg ich przyspieszyć i macica nie ma w tym względzie wcale większego znaczenia. Doświadczenie pouczyło, że kobiety bez macicy mogą zapadać w macinnicę a z drugiéj strony u $^1/_4$ do $^1/_3$ macinniczek bywa brak zupełny zmian chorobowych w macicy. Toż samo zupełnie dotyczy jajników. Zapatrywania niniejsze wywarły już wpływ na terapiję téj nerwicy, a nawet w ostatnich czasach ochroniły niejednę chorą przed zabiegiem leczniczym wcale nieusprawiedliwionym, do którego się już gdzieniegdzie zabierano, a mianowicie przed wycięciem jajników.

Nazwy *„hysteria“* nie należy dłużéj rozumieć według jéj brzmienia etymologicznego, tak samo jak odstąpiono od podobnego pojmowania nazw *„hypochondria“* i *„melancholia“* a skoro rzecz tak się przedstawia, nie stoi nic na przeszkodzie, aby nazwa ta mogła obejmowac pewien zbiór przypadów u mężczyzn, odpowiednich zupełnie przypadom spostrzeganym u kobiet. Większa trudność nasuwa się chcącemu określić obraz kliniczny téj choroby, gdyż przypady macinnictwa zmieniają się jak barwy kameleona, jak się Sydenham wyrażał. Zlokalizowanie téj choroby jest również niemożliwém na razie, gdyż przypuszczając z Liebermeistrem, że choroba ta polega na „zmianach czynnościowych kory mózgowéj,“ nie moglibyśmy odróżnić jéj od zadumy, szaleństwa i obłąkania pierwotnego, schorzeń kory mózgowéj, dla których zmian specyficznych nie wykazano. Od dawna wiedziano już, że szereg przypadów odpowiednich macinnictwu pojawia się u mężczyzn a Frerichs we Wrocławiu twierdził już za czasów studenckich autora, że zna jeden tylko przypadek macinnicy u mężczyzny a mianowicie u pewnego słuchacza teologii z nadto wąskim napletkiem. Romberg zastanawia się nad macinnicą u mężczyzn (*Nervenkrankheiten* 1857), przypuszcza jéj istnienie, utrzymuje jednak, że ona jest u mężczyzn tylko przemijającą, gdy u kobiet bywa trwałą. Głównie przyczynili się Francuzi do poznania macinnicy u mężczyzn. Briquet przytacza 50 przypadków z własnéj obserwacyi i przychodzi do przekonania, że na 20 kobiet cierpiących na macinnicę przypada jeden mężczyzna z tém cierpieniem. Dosyć liczne opisy kazuistyczne macinnicy u mężczyzn pojawiały się w Anglii, Rosyi, Skandynawii (typowy przypadek obserwowano przed kilku laty w klinice prof. Korczyńskiego, zob. Przegląd Lekarski 1880, Nr. 52).

Niemcy pozostawali ciągle w tyle i nie zwracali uwagi na dosyć liczne przypadki trzymając się stale dawniejszych zapatrywań, i rozpoznając w tych przypadkach pląsawicę lub hypochondryję.

W wykładzie swoim nie zapuszcza się autor w wyliczanie objawów klinicznych macinnicy u mężczyzn, nadmienia tylko, że choroba ta pojawia się u mężczyzn w postaciach od najlżejszych do najcięższych, do t. zw. napadów „hystero-epileptycznych“, a na dowód przytacza historyje chorob dwóch przypadków typowych, które sam obserwował. Pierwszy z nich dotyczy chłopca 10-letniego, drugi mężczyzny 33 lat liczącego. Wszystkie cztery przypady, występujące najczęściej u kobiet macinniczek, a mianowicie: ból w *regio iliaca* zwany *ovaria*, ból w dołku żołądkowym, kurcz przełyku zwany *globus*, i ból czaszki zwany *clavus*, pojawiały się w drugim przypadku. *Ovaria* pojawia się według doświadczenia autora w przeważnéj liczbie przypadków macinnicy u mężczyzn i to najczęściéj po stronie prawéj, tak, że ból ten ma poniekąd znaczenie rozpoznawcze. Jak już ginekologowie stwierdzili nie pochodzi *ovaria* od bolesności jajników, a przy ucisku mającym sprawdzić istnienie tego objawu nie napotyka się zazwyczaj jajnika, jestto najprawdopodobniéj ból mięśniowy mięśnia brzucha skośnego (Briquet) i téj saméj przyrody, co ból w krzyżach lub w mięśniach piersiowych macinniczek. Charcot wspomina również o chłopcu, u którego ból taki istniał, jest on jednak tego zdania, że zamiast *ovarii* występuje u mężczyzn bolesność jąder a ucisk na nie zwykł wywoływać napady drgawek, autor nie podziela tego zapatrywania na podstawie swojego doświadczenia. Znieczulenie połowicze lub pewnych części ciała, porażenia połowicze, ślepotę nagłą jednostronną, bóle w stawach i kontraktury przyrody macinniczéj spostrzegał autor u mężczyzn.

Co się tyczy etyjologii macinnicy u mężczyzn to tak samo jak u kobiet dziedziczność odgrywa wielką rolę, prawdopodobném jest jednak, że zaród do téj choroby nie jest wrodzonym, lecz że się ona rozwija w skutek naśladowania. Najczęściéj zapadają młodzieńcy pomiędzy rokiem 14 a 16 życia, że jednak nie tylko osłabieni i niedokrewni podlegają téj chorobie, dowodzi spostrzeżenie Anglików, że macinnica pojawia się nader często u marynarzy. Nagłe wstrząśnienie umysłu bywa ostateczną przyczyną powstania macinnicy a opisy lekarzy amerykańskich przemawiają za tém, że dosyć liczne przypadki t. zw. *Railway spine* zaliczyć należy do działu macinnicy u mężczyzn.

Rozpoznanie macinnicy u mężczyzn bywa dosyć trudném, częstokroć możliwém dopiero po dłuższéj obserwacyi, największe znaczenie mają w tym względzie: 1) wykazanie w anamnezie przypadów ze strony układu nerwowego, które nie składają się wcale na obraz jednego ze znanych organicznych schorzeń tegoż układu; 2) wykazanie punktów bole-

snych i przypadów tego rodzaju jak np. *globus*; 3) zmiany nagłe przypadów wśród obserwacyi.

Od hypochondryi różni się macinnica wybitnie, jakkolwiek jednak praktycznie nie wiele zależy na odróżnianiu tych stanów chorobowych, to jednak naukowo różnicę bardzo znaczną wykazać można. Już Romberg oznaczył ściśle te różnice, gdy bowiem w przebiegu hypochondryi duch jest produktywnym, wynajduje zmiany i uczucia bólu i umiejscawia je w pewnych narządach, najczęściéj w narządach brzusznych, brak woli nadaje cechę psychiczną macinnicy, odruchowość wygórowana panuje nad objawami a współczucia w różnych pniach nerwowych wikłają obraz choroby. Temu też odpowiada stałe utrzymywanie się obawy przed następstwami choroby u hypochondryków, podczas gdy macinniczki trapi jedynie obecne schorzenie a od zwątpienia i rozpaczy przechodzą snadnie do żywego udziału w sprawach swego otoczenia. Jakkolwiek nie brak objawów przejściowych z jednéj choroby do drugiéj, to jednak nie występują napady drgawek i stany porażenne w zakresie czucia i ruchu u hypochondryków.

Neurasthenia jest nazwą stanu chorobowego zdaniem autora nie potrzebnie wprowadzonego do patologii. Pewna część tych chorych jest hypochondrykami, inna macinniczkami i macinnikami, w najznaczniejszéj liczbie przypadków jest *neurasthenia* tylko okresem zwiastunowym zboczenia umysłowego a są wreszcie przypadki, w których pod nazwą *neurasthenii* ukrywa się zupełnie rozwinięta choroba umysłowa.

Trwanie macinnicy u mężczyzn jest tak zmiennem jak sama choroba, a rzadko tylko następuje odrazu wyleczenie, przeciwnie nawroty choroby bywają dosyć częste. Odpowiednio do tego należy być przezornym w rokowaniu, zwłaszcza u chłopców doznających przypadów macinnicy. Nawet po ustaniu tychże na czas dłuższy przychodzi częstokroć do napadów padaczkowych, u innych rozwija się choroba umysłowa po 30 roku życia i to częstokroć nieuleczna; w ogóle macinnica u mężczyzn bywa chorobą groźniejszą aniżeli u kobiet.

Leczenie winno być takie samo jak macinnicy u kobiet; bromek potasu podawany stereotypowo w schorzeniach układu nerwowego bywa, według doświadczenia autora, bez skutku w tych przypadkach, nie więcéj skutkują pigułki z chleba itp. Działanie miejscowego leczenia, np. zimne okłady na jądra, nie skutkowało w przypadkach autora, radzi on jednak doświadczyć takiego działania, gdyż Dreyfouss zdołał przez ucisk na jądro przerwać napad drgawek u chorego młodzieńca. Najkorzystniéj wpływa u osób młodocianych wydalenie z domu rodzicielskiego i umieszczenie w odpowiednim zakładzie, którego kierownik pojmuje należycie stan takiego chorego. (*Deutsche med. Woch.* Nr. 16, 1884).

Dr. Schaitter.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

VII. Posiedzenie zwyczajne z dnia 23 kwietnia 1884 r.

Przewodniczący kol. Kwaśnicki, członków obecnych 25. Jako goście obecni: Dr. Janiszewski z Glinian, Dr. Józefczyk z Krakowa i Dr. Röhmer z Czerniowiec.

1. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i bez zmian przyjęto.

2. Kol. Walentowicz przedstawia ponownie ciało kuliste, wielkości główki dziecięcéj, o powierzchni nierównéj, o ścianach twardych przeświecających, które we dwie godziny po oźrebieniu się klaczy źrebięciem zdrowém i donoszoném wraz z popłodem odeszło.

„Po przecięciu twardéj skorupy w obecności prof. Madurowicza, który obejrzawszy takowe dokładnie za jajo poronne uznał, okazało się, iż ciało zawiera płyn żółtawy, przeźroczysty, gęsty, niecuchnący, wagi około 400,0. W płynie badanie mikroskopowe nie wykazało żadnych ciał stałych ani też pasorzytów. Po kilku godzinach skrzepła ciecz a badanie chemiczne i drobnowidowe wykazało, iż mamy w niéj białko surowicze i włóknik. Skorupa również chemicznie i mikroskopowo zbadana przedstawia tkaninę kostną. Na podstawie rozpoznania prof. Madurowicza, badań chemicznych i drobnowidowych, oraz rozpatrzywszy się w literaturze i wykluczywszy stanowczo nowotwór macicy, przyszedłem do przekonania, iż w danym przypadku mamy obumarłe jajo płodowe odpowiadające wielkością płodowi końskiemu 3ch miesięcznemu, który oprócz błon w zupełności wessanym został.

U naszych zwierząt domowych ciąża mnoga, *superfecundatio, superfoetatio* jak u świń, psów, królików, nawet i krów, jest rzeczą zwykłą a obumieranie jaj płodowych, które już nawet do pewnego rozwoju doszły bardzo częste. Kehrer, który zrobił w tym względzie wiele ciekawych spostrzeżeń, znalazł u 24 świń w pierwszéj połowie prośności w prawym rogu macicy 117 obok 208 obumarłych jaj, a w lewym 110 płodów obok 172 jaj płodowych zamarłych, u miesożernych znalazł tenże 12% na 18 badanych a u królików na 35 obserwowanych przypadków 11% obumarłych jaj. — U konia jednak należy ciąża mnoga do rzadkości, obumieranie płodu również a wydzielenie płodu jaki obecnie przedstawiam, o ile mi literatura jest dostępną, jedyny Böers dotychczas opisał, lecz w jego przypadku błony nie przedstawiały skorupy kostnéj lecz chrząstkowatą. Głównym powodem obumierania płodów jest ciąża mnoga a bezpośrednią przyczyną zagłodzenie, poprostu *chorion* nie może znaleźć odpowiedniéj ilości błony śluzowéj macicy (u trawożernych nie istnieje *decidua*) do dostatecznego odżywiania wzrastającego płodu w skutek czego tenże ginie. Inne przyczyny, jak brak tlenu, szczególniéj przy silnéj, wytężającéj pracy, odęcia, zaziębienia, urazy trucizny szczególniéj roślinne jak *Ustilago maidis, Claviceps microcephala,* oraz choroby błon płodowych odgrywają podrzędną rolę. Obumarłe jaja płodowe bywają najczęściéj zresorbowane dozwalając bez szkody żywym się rozrastać, albo też pozostają niezmienione i wraz z donoszonym płodem (Frank's *Geburtshülfe* pag. 272) jak w danym przypadku osłonięte błonami wydalone, które jak dzisiaj widzimy mogą uledz skostnieniu lub jak Böers opisuje schrząstnieniu. Wyjątkowo tylko przychodzi do poronienia czyli porzucenia obumarłych i żywych płodów."

W dyskusyi zabierali głos kol. Blumenstok i Kohn.

3. Kol. Jaworski mówi o stósowaniu soli karlsbadzkiéj i zachowaniu się jéj w przewodzie pokarmowym.

(Odczyt ten umieszczonym zostanie w całości w Przeglądzie Lekarskim).

Na tém posiedzenie zakończono.

Dr. Szymkiewicz.

VII. Sprawozdanie z XIII Zjazdu chirurgów niemieckich w Berlinie (od 16—19 kwietnia).

Jak corocznie tak i w bieżącym roku zebrali się członkowie Towarzystwa chirurgów podczas feryj wielkanocnych w Berlinie. Z najodleglejszych nawet prowincyj pospieszyli członkowie do Berlina, aby wziąć udział w wspólnéj pracy naukowéj. Kilku znakomitych chirurgów, pomiędzy innymi Bardeleben, Billroth i Thiersch, ze względu na swe zdrowie lub z powodu stosunków familijnych nie mogło przybyć na Zjazd. Przewodniczącym obrano jak corocznie przez aklamacyję Langenbecka, a jego zastępcą Volkmanna.

Po załatwieniu niektórych kwestyj formalnych i administracyjnych, pomiędzy którémi najważniejszą jest uchwała,

że Towarzystwo ma odtąd prawo mianować znakomitych i zasłużonych chirurgów członkami honorowymi, których liczba jednak nie może przekraczać 12, przystąpiono do właściwéj części naukowéj.

Pierwszy zastanawiał się Dr. Neelsen z Rostoku nad pytaniem: Jak można pogodzić kliniczne pojęcia: *Sepsis*, *Septicaemia* i *Pyaemia* z nowszemi doświadczeniami patologii? Choroby powstałe u człowieka przez zakażenie rany (po wykluczeniu róży, która według badań Fehleisena jest chorobą zupełnie samoistną) są kombinacyją trzech spraw: zatrucia gnilnego, zapalenia w miejscu zaszczepienia i rozwoju samych prątków we krwi. Te trzy czynniki razem dają kliniczny obraz septicemii. Najdokładniéj znamy istotę zakażenia gnilnego, wiemy bowiem przynajmniéj, że nie same przyrzuty tylko ich produkty chemiczne wywołują ogólny obraz posocznicy. Jeżeli zapalenie septyczne wywołane przez trzy wyż wspomniane czynniki przeniesie się drogą krążenia na odleglejsze przyrządy, to powstaje obraz zupełnie podobny do pyemii. Nie jestto jednak zwykła ropnica, gdyż ta ostatnia jest znów zupełnie odrębną chorobą, która do swego rozwoju nie wymaga nawet wcale obecności rany.

Küster z Berlina mówił o zastosowaniu szwu warstwowego w operacyjach plastycznych. Za pomocą tego szwu osiągnął K. pomyślne wyniki w 9 przypadkach zeszycia międzykrocza, w 8 przypadkach wypadnięcia ścian pochwy i w kilku przypadkach operacyi doszczętnéj przepuklin. Wreszcie zaleca zastosowanie tego szwu także przy zeszyciu ścian jamy brzusznéj po laparotomii. K. sądzi, że w ten sposób można w wielu bardzo przypadkach osiągnąć bezpośrednie zlepienie się większych powierzchni rannych i zagojenie się ran jamistych pod jednym opatrunkiem bez wszelkiego drenowania.

W dyskusyi zalecał Mikulicz używanie katgutu chromowego do tego szwu, gdyż zwykły katgut za prędko ulega wessaniu.

König z Getyngi starał się odpowiedzieć na pytanie: czy należy resekować stawy zajęte zapaleniem gąbczastém ze względu na grożące niebezpieczeństwo ogólnéj gruźlicy. K. nie podziela dziś powszechnie przyjętego zdania, że należy usunąć każde ognisko gąbczaste z kości lub stawów, aby tym sposobem zapobiedz rozwojowi ogólnéj gruźlicy. Twierdzi bowiem, że trudno rozpoznać, czy ognisko w kości jest pierwotném a nie raczéj może już następowym objawem zakażenia, które wyszło od ukrytego gdzieindziéj w ciele ogniska gruźliczego. Statystyka Königa opierająca się na 70 sekcyjach ludzi zmarłych z gruźliczych cierpień kości po części zdawałaby się za têm przemawiać, że prawie zawsze oprócz choroby kości mamy w ustroju jeszcze i gdzieindziéj drobne ogniska. Powtóre zauważył K., że znaczna część chorych zwłaszcza po resekcyjach ginie jużto wśród objawów ostréj gruźlicy, jużtéżto w kilka miesięcy wśród objawów gruźlicy bardziéj przewlekłéj. Przypadki te od czasu zastosowania jodoformu stają się coraz rzadszemi. K. twierdzi, że właśnie podczas operacyi prątki ogniska gruźliczego bywają wpędzane niejako do ustroju.

Cramer z Wiesbadenu mówił o zakażeniu zaczynowém (*Fermentintoxikation*) w skutek obecności torbiela krwawego, na podstawie odnośnego przypadku operowanego przez Langenbecka. Przypadek ten dotyczył kobiety, która od dwu lat znacznie upadła na siłach, cierpiała na ciągłe nudności, biegunkę, bezsenność i kaszel, przytém wciąż dość znacznie gorączkowała. Po dwu latach spostrzegła chora na udzie lewém, powyżéj zgięcia kolanowego, guz chełbocący, wielkości jaja gołębiego. Po wycięciu tego guza, który okazał się być torbielem krwawym, chora bardzo szybko powróciła do zupełnego zdrowia. Cramer sądzi, że obraz choroby odpowiadał zupełnie chorobie pierwotnie przez Köhlera opisanéj i przez niego zakażeniem zaczynowém nazwanéj.

J. Wolff z Berlina na podstawie swych badań mówił o zmianach wewnętrznéj budowy kości w skutek patologicznych zmian ich zewnętrznego kształtu. W. dowodzi, że w skutek zmiany kształtu kości zmienia się ich budowa, że mianowicie zmienia się ułożenie poszczególnych beleczek kostnych względem siebie i względem osi kości. Zmiana ta ułożenia poszczególnych beleczek podlega ścisłemu prawu fizycznemu, i da się naprzód na podstawie rachunku oznaczyć. Zwłaszcza w przypadkach złamania kości nowowytworzona kość układa się według ścisłych prawideł stósownie do osi kości, aby mogła być równie silną i odporną jak pierwéj. Zresztą w tych razach zmiany nie ograniczają się tylko do samego miejsca złamania lecz i znacznie wyżéj od tego miejsca się zmienia ułożenie poszczególnych beleczek względem siebie, w miarę jak tego zmieniony kształt kości wymaga. Podobne stosunki istnieją także w przypadkach skrzywień krzywiczych. Także w przypadkach *genu varum* i *valgum* następuje zmiana ułożenia beleczek w kościach, podczas gdy same części bezpośrednio staw stanowiące zmiany nie doznają.

Bidder z Berlina okazał ząb, który przed 3ma laty wyjął dziewczynie 14-letniéj. Byłto siekacz szczęki górnéj, który z powodu ropnia podokostnowego chwiać się począł. Ponieważ po wyjęciu okazało się, że ząb ten był zupełnie zdrów, przeto B. włożył napowrót ząb do odpowiedniego łożyska. Ząb już po 5 dniach tkwił tam zupełnie mocno. Po 3ch latach wypadł jednak i pokazało się, że cały korzeń prawie znikł, a natomiast łożysko wypełnione było zupełnie granulacyjami. Dalszy przebieg gojenia się był zupełnie prawidłowy.

Wagner z Królewskiéj Huty mówił na podstawie przypadków obserwowanych w swéj praktyce o zwichnięciu kręgów szyjnych. Pierwszy przypadek dotyczył 50cioletniego starca, który uderzył karkiem o twardy przedmiot. Gdy chory po kilku chwilach wrócił do zupełnéj przytomności, spostrzeżono zupełne porażenie i znieczulenie odnóg dolnych i częściowy niedowład odnóg górnych. Głowa była mocno przegięta ku tyłowi; mięśnie karku napięte. Ruchy głowy mocno, ruchy połykowe miernie upośledzone. Badanie nie wykazało żadnych zboczeń w kształcie kręgosłupa. Na trzeci dzień chory umarł wśród podniesienia się ciepłoty ciała do 41°. Przy sekcyi okazało się po odsłonięciu zupełném kręgosłupa, że 6ty krąg szyjny był zwichnięty ku przodowi. W. twierdzi, że jeżeli więzadło podłużne przednie i więzadło międzykręgowe nie ulegną przedarciu, to nie może odrazu powstać typowy obraz zwichnięcia ku przodowi, lecz chory odruchowo stara się kurcząc mięśnie karku i opierając łuk kręgu górnego o łuk dolnego powstrzymać całkowite ześliźnięcie kręgu chorego ku przodowi. — W drugim przypadku widział W. ustalenie głowy z twarzą prawie wprost ku górze zwróconą. Obrażenie powstało tu przez spadnięcie ze znacznéj wysokości. Badanie oprócz wyż wspomnianego położenia głowy okazywało tylko bolesność wyrostka kolczy-

stego 6go kręgu szyjnego i ogólne znieczulenie i porażenie. Chora w 4 tygodnie po obrażeniu umarła w skutek rozległéj odleżyny. Sekcyja wykazała zwichnięcie kręgu z przedarciem więzadła.—W podobnym trzecim przypadku, gdzie w skutek ciężkiego uderzenia w kark wystąpiła bolesność wyrostka kolczystego 5go kręgu szyjnego i porażenie pęcherza, nastąpiło wyleczenie zupełne.—W jednym przypadku w skutek ciężkiego urazu wystąpiły objawy zwichnięcia jednostronnego ku przodowi po lewéj stronie. Po odprowadzeniu tego zwichnięcia wszystkie objawy ustąpiły. W skutek podobnego urazu wystąpiły u drugiego chorego nader ciężkie objawy: zupełne porażenie odnóg dolnych, lewego ramienia i pęcherza, znieczulenie częściowe prawéj połowy ciała. Głowa ku prawéj stronie skręcona i przechylona. Mięśnie karkowe po stronie lewéj napięte, krąg piąty szyjny mocno bolesny. W. przypuszczając w tym przypadku również zwichnięcie jednostronne skręcił naprzód głowę jeszcze nieco bardziéj ku stronie prawéj a zarazem przechylił ją ku stronie lewéj a potém ku stronie prawéj. Głowa wróciła do prawidłowego położenia a objawy porażenia zwolna poczynały ustępować.—W ostatnim wreszcie przypadku powstało jednostronne zboczenie ku przodowi u młodego chłopca w skutek upadnięcia na głowę ze stołka. Zboczenie to dało się łatwo zwykłym sposobem usunąć.

W dyskusyi nad tym przedmiotem zabierali głos Schede, Volkmann, Czerny, Lauterstein, Winiwarter i Kulenkampff, którzy podobne przypadki w swéj praktyce obserwowali. (Dok. n.)

VIII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Rzut oka na czynności oddziału chirurgicznego szpitala powszechnego lwowskiego w roku 1883.

Skreślił prymaryjusz Dr. Ziembicki.

I. Oddział chirurgiczny szpitala powszechnego umieszczony jest poza obrębem gmachu głównego w domu prywatnym i stanowi t. z. filiję Hofmańską. Fakt, iż budynek ten należy do osoby prywatnéj, jest powodem, że Wydział krajowy, który tyle zrobił i robi dla szpitali, nie mógł tu łożyć na radykalne przekształcenia podobne do tych, które przeprowadzić kazał w dawnym klasztorze Pijarów. Właścicielka ciągle grozi wypowiedzeniem dalszéj umowy i bardzo być może, że wkrótce już wypadnie szukać trwalszego i stosowniejszego pomieszczenia.

Sale dla kobiet znajdują się na dole i liczą 36 łóżek rozdzielonych nierównie na 5 pokoi, sale dla mężczyzn na drugiém piętrze zawierają 67 łóżek rozdzielonych na 8 pokoi, z których największy mieści łóżek 18. Całe pierwsze piętro zajęte jest przez oddział położniczy prof. Czyżewicza a sąsiedztwo tak bliskie wobec ciągłego przepełnienia szkodliwém być musi obustronnie. Odosobnienie możliwe u mężczyzn jest nie do przeprowadzenia u kobiet; separatka zaś męska przylega do głównych wychodków; tak więc korzyść osiągniętą w jednym kierunku traci się w drugim.

Wentylacyja, polegająca na otwieraniu okien, jest zupełnie niewystarczającą, gdyż dopilnować nie można, ażeby chorzy sami okienek górnych nie zamykali, w skutek czego w nocy zaduch, a często i w dzień zdarza się że powietrze niedostatecznie bywa odświeżane.

Służba lekarska w roku 1883 składała się oprócz kierownika oddziału z trzech lekarzy pomocniczych, od grudnia zaś liczba ich zredukowaną została do dwóch. Z tego wynika, że przy ogromie materyjału niemal codziennie wśród operacyi lub zmiany opatrunków, siostra albo posługacze oddają usługi, które bezwarunkowo tylko lekarzom w udziale przypadaćby powinny. Podobnie rzecz ma się z materyjałem opatrunkowym: siostry sporządzają gazę jodoformową, Listerowską, przygotowują roztczyny karbolowe, których antyseptyczna wartość nie zawsze da się ocenić i daleko jesteśmy od urządzeń klinicznych, gdzie osobni asystenci mają pieczę nad gąbkami, jedwabiem lub instrumentami. Zupełnie niewystarczający personal lekarski, wśród posługaczy zaś często zmienianych brak rąk sumiennych, wzdrygających się instynktowo na wszystko, co chociaż czyszczone a jednak możliwie nieczyste, — oto między innemi powody, dla których o absolutnéj antyseptyce w szpitalu mowy być nie może.

Do polepszenia warunków higijenicznych oddziału chirurgicznego w roku ubiegłym nie przyczyniła się zapewne i ta okoliczność, że stan chorych był o 20% większym niż w latach poprzedzających. W saméj rzeczy z przeciętnéj cyfry 1300 podniósł się do niebywałéj liczby 1656 pacyjentów. Następstwem tego było bezustanne przepełnienie sal, brak łóżek i stawianie nadliczbowych tapczanów wśród i tak za gęsto leżących chorych. A jednak, mimo tych złych warunków, procent roczny śmiertelności nie powiększył się, przeciwnie cyfra jego 5% jest najniższą w ubiegłém ośmioleciu. Dodać muszę, że i ta śmiertelność znacznie byłaby niższą, gdyby nie cały zastęp marantyków, u których żadna akcyja chirurgiczna zastosowaną być nie mogła, Jestto wszędzie smutny przywilej prymaryjatów chirurgicznych, nieznany w klinikach uniwersyteckich, które cieszą się do woli wybieranym materyjałem i nigdy chorych tego rodzaju nie przyjmują. Nie można więc porównywać śmiertelności i wyników operacyjnych klinik i szpitali.

Wśród podobnych stosunków metoda opatrywania przeciwgnilnego, chociaż przeprowadzić się nie dała w pożądanéj ścisłości, chociaż nieraz pogwałcona oddała jednak ogromne usługi, a barometrem najwierniejszym jéj zastosowania jest wynik większych amputacyj i eksartykulacyj robionych w stanie nieseptycznym. Notujemy bowiem w téj kategoryi jeden tylko przypadek śmierci na 41 operacyj, między któremi 14 amputacyj uda miały 14 razy pomyślny rezultat.

Operacyje wykonane w stanie septycznym wykazały naturalnie daleko gorsze wyniki, gdyż stopień zatrucia i zaniedbania był w ogóle bardzo wysoki.

Zastanowienia godnym był także przebieg złamań otwartych leczonych konserwatywnie: z 21 chorych jeden tylko uległ ropnicy. Straszne to powikłanie było prawdziwą rzadkością w tym roku, gdyż oprócz przypadków importowanych z ropnicą już zdeklarowaną i chore o wyżéj nadmienionego, jeden tylko marantyk po amputacyi ramienia dostał ropnicy, być może w skutek przedwczesnego usunięcia drenów z kikuta na pozór *per primam* zagojonego. Róża grasowała w Iém półroczu tak jak i w latach poprzednich. W dziale męskim przypadki importowane z miasta lub zrodzone w salach natychmiast były izolowane i przebiegały lekko. U kobiet przeciwnie brak separatki dał się mocno we znaki, bo powikłanie to nieprzyjemne występowało częściéj i groźniéj. W IIém półroczu rozszerzyłem zakres opatrunków t. zw. trwałych i tém samém zredukowałem różę do minimalnych proporcyj. Jak ważném jest zostawiać rany w spokoju, dowodzi, że w szeregu 50ciu amputacyj i eksartykulacyj raz tylko wybuchła róża, a to właśnie u choréj, którą wyjątkowo częściéj opatrywać wypadało.

Opatrunek stosowałem z początku Listerowski lub jodoformowy, późniéj wyłącznie ten ostatni. Przekonałem się bowiem, że w warunkach szpitala naszego jodoform daje większą gwarancyję, opaska zaś listerowska przez siostry przygotowana łatwiéj zawodzi. Tak przynajmniéj tłumaczę sobie, że rezultaty w roku 1883 były znacznie korzystniejsze od tych, jakie z Listerem, np. przy amputacyjach, osiągnięto w latach 1880 i 1881. Niemając zamiaru wchodzić w szczegóły różnych operacyj, zwracam uwagę na czterokrotnie szczęśliwy wynik cięcia wysokiego przy kamieniach pęcherza i na dość niekorzystną statystykę w hernijotomijach. Przypadki przychodziły przeważnie bardzo późno z gangreną lub ogólném zapaleniem otrzewny, kiedy nawet założenie rzyci sztucznéj już nie miało szans uratowania życia. Przeciwnie początek roku 1884 bardzo obfity w hernijotomije dał na 6 operacyj 5 przypadków wyzdrowienia, gdyż przyszła seryja chorych niezaniedbanych

Chirurgija dzisiejsza bogata w środki, aby do zakażenia nie dopuścić, aż nadto bezsilną jest wobec grasujących już mikroorganizmów a zneutralizowanie tychże zaliczyć wypada częstokroć między *pia desideria*. Kończąc na tém ogólne te uwagi i przypominając raz jeszcze, że szpital to nie klinika, przedstawiam sumaryczny wykaz operacyj wykonanych w roku ubiegłym

mając nadzieję, że z główniejszemi zapoznam później czytelników Przeglądu Lekarskiego. (Dok. nast.)

○ Przeniesienie zarazy racico-pyskowéj na człowieka. Bardzo ciekawa choroba epidemiczna z zajęciem narządów oddechania zdarzyła się w Dover, a o ile sądzić można, wypada ją uważać za zostającą w związku z zarazą racico-pyskową, która panowała w jednéj mleczarni. Wybuch obserwował bardzo starannie Dr. Robinson, a choć dochodzenia jego nie są jeszcze ukończone, to przecież ułożył w tym przedmiocie sprawozdanie dla Rady miasta. Już w samym początku padło podejrzenie na pewną mleczarnię w mieście, ale wkrótce okazało się, że mleka z niéj pochodzącego nie można o szerzenie zarazy obwiniać. Sprzedający mleko atoli nie sprzedawał li tylko mleka z własnego gospodarstwa, ale otrzymywał je też z sąsiednich gospodarstw, a w jedném z nich znaleziono, iż krowy cierpiały na zarazę racico-pyskową. Nadto rzecz się tak miała, że pośród odbiorców mleka znajdowali się tacy, którzy kupowali samą tylko śmietankę i ci głównie byli dotkniętymi; wybadano daléj, że sprzedawano jedynie śmietankę pochodzącą z mleka krów gospodarstwa, o którém wyżéj była mowa. I inna także okoliczność wskazywała to gospodarstwo jako źródło choroby, a mianowicie ta, iż uległo chorobie czterdzieści parę osób, które nie brały mleka od wspomnionego mleczarza, ale zaopatrywały się w mleko wprost w rzeczoném gospodarstwie. W ogólności zapadło 144 osób, z tych 130 pobierało mleko od mleczarza. Właściwy wpływ śmietanki jako nośnika istoty choroby okazywał się i w tém, że liczba dorosłych, którzy zachorowali, w porównaniu z liczbą dzieci była znaczną, a pośród nich byli tacy, którzy nie używając mleka spożywali tylko śmietankę z herbatą nieraz przypadkowo w domu przyjaciół. Przypady były następujące: dreszcze a następnie ból głowy, gorączka, ból w nogach, pękanie warg i wysypka pęcherzykowa na klatce piersiowéj. W niektórych przypadkach migdałki były obrzmiałe a czasem ulegały zropieniu, czemu towarzyszyło obrzmienie gruczołów. Jak już nadmieniono, dochodzenie jest dopiero w toku, z dalszych badań dowiemy się niewątpliwie o istotnym stosunku osób, które używały mleka i śmietanki, jak i o ogólnéj liczbie chorych. Okoliczność, że może niektóre osoby zachorowały, które nie używały mleka, nie osłabia teoryi co do źródła zarażenia się. Należy się spodziewać, iż okaże się, że w niektórych przypadkach miało miejsce zarażenie się od osób chorych, że więc były drugorzędne przypadki. Że mleko krów cierpiących na zarazę racico-pyskową może wywołać u ludzi pewne cierpienie, to nieraz to wykazywano, ale nigdy wybuch nie miał tych rozmiarów jak w tym razie. (*The Lancet*, 1884, I, Nr. 11).

W dalszém sprawozdaniu donosi Dr. Robinson, że z liczby 114 domów, do których mleczarz dostarczał mleka, w 79, o ile wiadomo, odbiorcy zachorowali. Okoliczność, iż zachorowały osoby, które nie pobierały mleka od tego mleczarza, tłumaczy się tém, iż inny dostarczyciel mleka dwukrotnie zaopatrzył się w mleko w gospodarstwie, w którém krowy były chore. Że ulegali przeważnie ci, którzy spożywali śmietankę, to wyjaśnia R. tém, że niższe twory żywotne dosięgają w niéj wyższego okresu rozwoju, niż w mleku, prawdopodobném jest jednak i to, iż okoliczność tę zupełnie zawdzięczać wypada procesowi mechanicznemu, ustroje takie bywają zaplątane w kulkach itd. tworzących śmietankę.

Już dawniéj zajmowano się sprawą przenoszenia się zarazy racico-pyskowéj z bydła na ludzi, w roku 1863 badał tę sprawę prof. Gamgee, ale chociaż doszedł do wniosku, iż w niektórych przypadkach, gdy krowy cierpiały na afty i u ludzi podobne objawy spostrzegano, przecież Simon sądził, iż choroby te nie często się przenoszą, zawsze jednak ludność wiedzieć powinna o możliwości przeniesienia.

Późniéj w r. 1869 czynił spostrzeżenia w różnych okolicach Dr. Thorne, ale doszedł jedynie do wniosku, że w pewnych okolicznościach może powstać cierpienie u ludzi po spożyciu mleka pochodzącego od bydła dotkniętego, — że z drugiéj jednak strony przypadki takie są stosunkowo rzadkie. W wielu razach przekonano się, że mleko od krów chorych nie sprawia żadnych szkód. Simon w r. 1869 sądził, iż rozcieńczenie mleka i czas, w którym mleko bywa spożyte, wpływają na powstawanie cierpienia u ludzi. Różnica, zachodząca w opisanym przypadku epidemii w Dover między użyciem mleka a śmietanki, zasługuje na uwagę i potrzebuje wyjaśnienia. (*The Lancet*, 1884. I, Nr. 14).

Statystyka epidemij. W tygodniu od 20—26 kwietnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 46,0. Z ospy umarło 7 (6 z. t.); z płonicy 0 (1 z. t.); z róży 1 (0 z. t.); z czerwonki 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 4 przypadkach ospy, 1 odry, 1 płonicy. W tygodniu od 13—19 kwietnia umarło z ospy w Londynie 8, świeżo zapadło 67, leczyło się w szpitalach 422. W Wiedniu, Glasgowie, Odesie, Murcyi umarło po 1, w Liwerpolu, Petersburgu i Lizbonie po 2, w Madrycie, Cincinati 3, w Maladze 4, w Bombayu (od 12—18 marca) 6, w Kalkucie (od 23 lutego do 1 marca) 8, w Brukseli 9, w Nowym Orleanie 15, w Pradze 41, w Madrasie (od 9 do 15 lutego) 202. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu, Maladze, Murcyi, Granadzie i San Francisco po 1, w Warszawie 2. W Londynie i Paryżu panuje odra, w Londynie szerzy się krztusiec. Z cholery umarło w Madrasie od 9 do 15 lutego 15, w Kalkucie od 23 lutego do 1 marca osób 33, w Bombayu od 12—18 marca 6.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 13—19 kwietnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 39,3; w Warszawie 36,6; w Wiedniu 33,3; w Pradze 43,0; w Tryjeście 28,8; w Berlinie 24,6; w Hamburgu 25,9; w Gdańsku 23,1; we Wrocławiu 34,1; w Mnichowie 34,0; w Dreźnie 23.4; w Lipsku 25,9; w Bazylei 24,8; w Brukseli 25,2; Amsterdamie 27,3; w Hadze 22,6; w Paryżu 27,4; w Londynie 21,4; w Kopenhadze 26,5; w Stokholmie 25,2; w Chrystyjanii 16,8; w Petersburgu 42,2; w Odesie 44,3; w Rzymie 36,2; w Wenecyi 19,5; w Bukareszcie 35,6; w Madrycie 31,0; w Lizbonie 24,2; w Aleksandryi 26,7; w Nowym Yorku 26,3; w Filadelfii 23,2; w Bombayu 25,4; w Madrasie 76,9. *J. B.*

Śmiertelność we Lwowie (liczącym 115.544 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). Zmarło od 20 do 26go kwietnia r. b. 84 osób, co odpowiada śmiertelności na rok i 1000 mieszkańców 37·8. W tym czasie zmarła 1 osoba z ospy, 1 z dyfteryi, 1 z krztuśca, 4 z duru wysypkowego.

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 8 maja. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego prof. zoologii w Uniw. Jagiell. Dr. Nowicki miał rzecz o chorobie, która w stawach kaniowskich w powiecie bialskim nagabnęła karpie, a któréj istoty dotychczas zoologowie nie znają. Następnie kol. Jaworski w dalszym ciągu zastanawiał się nad nową solą karlsbadzką, poczém w kwestyi téj wywiązała się żywa dyskusyja.

* Otrzymaliśmy sprawozdanie z Zakładu leczniczego Dra Edera we Wiedniu za r. 1883. W roku tym przyjęto do Zakładu 250 chorych, co razem z 6ciu pozostałymi z r. 1882 czyni cyfrę pokaźną 256 osób. Pomiędzy niemi było z Rosyi 21 a z Galicyi 15 osób. W wykazie operacyj uskutecznionych w zakładzie spostrzegliśmy pomiędzy innemi 10 owaryjotomij i 6 laparo-hysterotomij; z pierwszych chorych umarły 3, laparotomije zaś wszystkie zakończyły się śmiercią. Nie od rzeczy będzie przypomnieć, że w tutejszym skromnym zakładzie Dra Gwiazdomorskiego, istniejącym dopiero od $^1/_2$ roku wykonane zostały dotąd 4 laparotomije przez proff. Madurowicza i Mikulicza, a mianowicie 1 myomotomija według Schroedera i 3 owaryjotomije, a między ostatniemi jeden przypadek ciężki, bo połączony z resekcyją kiszki. Wszystkie przypadki zakończyły się pomyślnie. Pokazuje się, że tańszym kosztem skuteczną pomocą uzyskać można od swoich i pomiędzy swoimi a publiczność powinnaby, jeżeli już nie z innych względów, to przynajmniéj we własnym interesie poprzeć usiłowania rodaków.

Karlsbad d. 4 maja. W dniu pierwszym maja nastąpiło uroczyste otwarcie sezonu leczniczego w Karlsbadzie, który pomimo niepogody i chłodów zapowiada się nie źle, gdyż od 1go stycznia po dzień 2gi maja zgłoszonych jest 1.629 rodzin, złożonych z 2.048 osób. Na sezon tegoroczny przybyło aż 5ciu nowych lekarzy, tak że obecnie jest nas tu 52ch, nie licząc 4ch chirurgów. W pobliżu szczawy alkalicznéj (Dorotheen-Säuerling) odkryto nowe źródło ciepłoty 15° R., bardzo obfitujące w kwas węglowy, dotychczas jeszcze nie zbadane dokładnie co do składu chemicznego. *C. Stiche.*

Praga czeska. Wydział lekarski czeski przedstawił nareszcie kandydata na zastępcę profesora medycyny sądowéj. Jest nim Dr. Hněvkovsky, b. asystent prof. Maschki.

* **Wiedeń.** Pustelnik z Perchtolsdorf — prof. Hyrtl w 75ym roku życia obdarzył świat nowém dziełem p. t. *Die alten deutschen Kunstwerke der Anatomie.* Arcyciekawa jest przedmowa do tego dzieła, w któréj zastanawia się nad językiem łacińskim, jako językiem uczonych, w którym aż do r. 1850 wykładano w Wiedniu medycynę ze szkodą dla języka ojczystego, przyczém podaje, że Škoda w wykładzie swym wstępnym pierwszy śmiał wygłosić program: *Medicinam a linguae latinae onere liberare conabor.* Daléj przedstawia w krótkim, trafnym zarysie historyję cyrulików w Niemczech, od których wyszły pierwsze dzieła anatomiczne w języku niemieckim, ponieważ łaciny nie znali. Daléj pisze: „Gdy przed 10 laty życie moje profesorskie, pełne blichtru zewnętrznego i niezadowolenia wewnętrznego, zamieniłem na samotność wiejską, nie mogłem się zdecydować do zrzeczenia się zupełnego pracy nad anatomiją, któréj życie swoje poświęciłem. Do pracy przyzwyczajony, nie nauczyłem się jeszcze w 75ym roku życia założyć rąk i przypatrywać się, jak przesypuje się piasek z klepsydry życia mego. Aby więc *beatum ruris otium* pędzić *cum aliqua dignitate* w ruinach wieży perchtolsdorfskiéj, gdzie razem z sowami Palady Ateny i z krukami szubienic wspólne prowadzę gospodarstwo, zebrałem koło siebie wszystkie anatomije niemieckie, które od czasów wynalezienia sztuki drukarskiéj światło dzienne ujrzały, albowiem ponętną dla mnie było rzeczą dowiedzieć się, jak Niemcy przed wiekami myśleli i pisali o rzeczach anatomicznych. Myśli w pismach tych wprawdzie nie znalazłem, ale brak ich zastąpiła mi aż nadto szczególna i trudno zrozumiała mowa, w któréj są spisane.“ Z dzieł tych Hyrtl wynotował kilka tysięcy wyrazów niezrozumiałych i aby znaczenie ich wyjaśnić, — poszedł pomiędzy germanistów, uczył się języka staroniemieckiego i zestawił pomniki językowe, sięgające czasów „w których królowie niemieccy sypiali jeszcze na skórach niedźwiedzich, a łytki ich małżonek jeszcze nie zapoznały się były z pończochami.“ Po tak uciążliwéj pracy sędziwy autor występuje obecnie z dziełem swojém.

* **Berlin.** Rząd pruski zamierza utworzyć w Berlinie zwyczajną katedrę higijeny, połączoną z zakładem higijenicznym i powierzyć ją Kochowi. — Dr. Virchow (syn) z Würzburga, gdzie był docentem prywatnym, powołany został do Berlina jako asystent prof. Waldeyera.

* **Monachijum.** Przy Wydziale lek. utworzono pracownię bakteryjologiczną pod kierownictwem Dra Frobeniusa.

* **Rosyja.** Fizyjolog Fryderyk Bidder w Dorpacie obchodził d. 12 kwietnia 50-letni jubileusz doktorski. Był on od r. 1836 profesorem anatomii, a od r. 1843 do 1869 profesorem fizyjologii w Dorpacie. — Dr. Mansurow wybrany został etatowym docentem chorób skórnych i kiłowych w Moskwie, gdzie już od lat 20 wykłada jako docent prywatny. — Lekarz teatrów petersburskich Dr. Ragosin mianowany został dyrektorem Zakładu obłąkanych w Kazaniu.

* **Anglija.** Doktorami honorowymi Uniwersytetu edymburskiego mianowani zostali: Hyrtl w Wiedniu, Pettenkofer w Monachijum i Virchow w Berlinie.

* **Wiadomości osobowe.** Lekarz pułkowy Dr. Wilhelm Strzechowski, b. asystent prof. Bryka, przeniesiony został z Ołomuńca do szpitala garnizonowego w Krakowie.

Stopień doktora w. nauk lek. uzyskał w Uniw. Jagiell. p. Andrzéj Jéż, rodem z Dobczyc w Galicyi.

* **Nekrologija.** D. 3 maja umarł tu Dr. Szymon Steuermark, krakowianin i uczeń szkół tutejszych, lekarz praktykujący w Radomsku w Król. Polskiém, licząc lat 46. — We Lwowie umarł Dr. Antoni Kaczkowski, lekarz homojopata, członek tow. lekarskich, w wieku sędziwym.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 18: Filipowa: Tlen i ozon jako środki lekarskie (z pracowni prof. Dogiela w Kazaniu); Meyersona: O odruchach nerwowych wywołanych przez zmiany w muszlach usznych: Święcickiego: O nieorganicznych składnikach prawidłowych odchodów połogowych. — W *Medycynie* Nr. 18: Dobrzyckiego: Przypadek ostrego otrucia fosforem, dokonanego w połowie roku zeszłego z następstwami aż do dziś dnia trwającemi.

Redakcyja otrzymała:

Aerztlicher Bericht der Privat-Heilanstalt des Dr. Albin Eder von dem Jahr 1883, Wien, 1884 in 8vo, str. 202.

Med. Dr. PELC: Zpráva o zdravotních poměrech a činnosti městského fysikátu v Praze za rok 1882. V Praze, 1883, in 8vo, str. 108.

JANOVSKY, POPPER i PELC: Zpráva a činnosti městské rady zdravotní v Praze za rok 1882. V Praze, 1883, in 8vo, str. 38.

Dr. Teodor HERING (w Warszawie): Grzybica gardziela włoskowcowa. (Odbitka z „Gazety Lek.“) Warszawa 1884, in 8vo str. 12 z tabl.

Tenże: Mnogie włókniaki skóry i błony śluzowéj krtani. (Odbitka z „Gazety Lek.“). Warszawa 1884, in 8vo str. 10.

Dr. E. H. KISCH: Grundriss der klinischen Balneotherapie, einschliesslich Hydrotherapie u. Klimatotherapie, Wien u. Leipzig Urban u. Schwarzenberg 1883, in 8vo str. 516.

Dr. J. POLAK: Przyczynek do statystyki ruchu ludności m. Warszawy. (Odbitka z „Gazety Lek.“). Warszawa 1884 in 8vo str. 5 z tabl.

Dr. GROEDEL w Nauheim: Die Entstehung des singenden, diastolischen Distanzgeräusches am Ostium aorticum. (Odbitka z „Berl. klin. Woch. 1884), in 8vo str. 9.

Piśmiennictwo lekarskie. STRICKER. Vorlesungen üb allgem. u. experimentelle Pathologie. M. 2 Taf. u. 14 Holzschn. 3 Abth. 3 (Schluss-) Lfg. gr. 8. Wien, Braumüller. M. 4. 60. (cpl: M. 18).

Na fundusz wsparcia sierot po jednym z lekarzy prowincyjonalnych nadesłali: Dr. M. z Podola 5 rs. = 6 złr. 20 ct. D. C. z Dobromila 2 złr. Złożyli: Dr. Buszek, Dr. Jakubowski, Dr. Mikulicz po 5 złr.; Dr. Harajewicz 4 złr., Dr. Stępiński 3 złr., Dr. Adamkiewicz, Dr. Braunstein, Dr. Browicz, Dr. Domański, Dr. Goebel, Dr. Jaszczurowski, Dr. Łazarski, Dr. Madurowicz, Dr. Oettinger, Dr. Paszkowski, Dr. Świątek, Dr. Szewczyk, Mag. Farm. Trauczyński, Dr. Weber, Dr. Wiszniewski po 2 złr.; Dr. Balicki, Dr. Bętkowski, Dr. Blateis, Dr. Blumenfeld, Dr. Cholewicz, Dr. Eichhorn, Dr. Filipkiewicz, Dr. Fiszer, Dr. Gluziński Wł., Dr. Gluziński L., Mag. Farm. Gralewski, Dr. Gwiazdomorski, Dr. Jaworski, Dr. Jodłowski, Dr. Junger, Dr. Jurowicz, Dr. Kirschner, Dr. Koy, Dr. Kopernicki, Dr. Kosterkiewicz, Dr. Kramarzyński, Dr. Lustgarten, Dr. Marcisiewicz, Dr. Mączka, Dr. Mendelsburg, Dr. Otto, Dr. Ponikło, Mag. Farm. Radler, Dr. Rosenblatt, Dr. Rybczyński, Dr. Rosner Ant., Dr. Rosner Jan, Dr. Schaitter, Dr. Schramm, Dr. Skobel, Dr. Śliwiński, Dr. Trzebicky, Dr. Walentowicz, Dr. Warschauer, Dr. Wiczkowski, Dr. Wilkosz, Dr. Wolfram, Dr. Zaręba, Dr. Ziembiński, Dr. Żelazowski, Dr. Żuławski po 1 złr.

Razem z poprzednio wykazanemi 185 złr. 75 ct.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie w Poniedziałek d. 12 maja rb. o godzinie 5 popołudniu w Sali Akademii Umiejętn. posiedzenie, na którém po załatwieniu ważnéj sprawy dotyczącéj większéj części zakładów zdrojowych galicyjskich, prof. Dr. Olszewski poda wiadomość o wodzie rabczańskiéj ze zdroju Kaźmierza.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 17 maja 1884. **№ 20.** **Rok XXIII.**

I. O związku przyczynowym zapalenia dziąseł z innemi chorobami.

(Rzecz miana na Walném Zebraniu Wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół nauk Poznańskiego dnia 23-go Czerwca r. 1881).

Przez Dr. Kaczorowskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 18).

Jakkolwiek nie podobna zaprzeczyć unerwieniu pewnego wpływu na sprawę trawienia, że wspomnę o nieporządkach w trawieniu po silnych wrażeniach tak fizycznych jak moralnych przygnębiających, daléj w czasie niektórych pór rozwojowych mianowicie układu płciowego, chorób płciowych, a przedewszystkiém w niedokrewności, wpływu odnoszonego do zmian w składzie soku żołądkowego i nieprawidłowych ruchów przewodu pokarmowego, wyznać mi jednakże wypada, że także w przypadkach takiéj nerwowéj dyspepsyi po większéj części odszukać się dadzą warunki zakażenia żołądka, biorące swój początek z jamy ustnéj. Aż nadto często bowiem zdarza mi się postrzegać, że panienki dotknięte najwybitniejszą bladnicą ale z jamą ustną czystą, o zdrowych ząbkach i nieskażonych choć bladych dziąsłach, wyjąwszy pociąg do kwasów lub do znanych istot chłonących kwasy, żadnym zboczeniem żołądkowego trawienia nie podlegają, podczas gdy w obec nieporządków jamy ustnéj nie tylko wystawione bywają na wszelkie dolegliwości nieprawidłowego trawienia, ale zazwyczaj nadto nie znoszą wcale tyle zbawiennych dla nich leków żelezistych. Przetwory żeleziste, mianowicie kwaśne, zdają się sprzyjać rozwojowi niektórych grzybków już w jamie ustnéj, które się potém daléj do żołądka posuwają.

Wiadomo, że niektórzy lekarze podają takim osobom chlorotycznym, dopóki trwają objawy dyspepsyi, kwas solny przed żelazem dla naprawy trawienia. Nie przecząc wcale pomyślnemu oddziaływaniu tegoż fizyjologicznego czynnika trawienia nadmienić mi wypada, że w takich przypadkach daleko rychléj dochodziłem do celu, desinfekując dokładnie jamę ustną i żołądek np. podając przed jedzeniem *Tr. Valerianae aether.* X. p. *Trae. Jodi* I p. 20 kropel na ½ kieliszka wody, a w godzinę po jedzeniu przetwór żelezisty w pigułkach, który wtedy żadnych niedogodności nie sprawia.

Niszcząc nieprawidłowe zaczyny w przystępnéj jamie ustnéj a osłabiając ich czynność w żołądku obywam się bez pepsyny i peptonów nie ze szkodą dla pacyjentów, byle w pielęgnowaniu jamy ustnéj niestrudzonymi byli. Nie podobna mi więc nie nabyć przeświadczenia, że i nerwowa dyspepsyja przeważnie zależy od zakażenia żołądka przeniesionego z jamy ustnéj zakażonéj choremi zębami i dziąsłami. Nawiasowo przypominam na poparcie tego zdania wiadomy fakt, że niedokrewne niewiasty podczas miesiączki i ciąży tak często podlegają bólom zębów, początkom ich próchnienia zawsze z zapaleniem dziąseł połączonym, w parze z któremi zawsze téż postępują zaburzenia trawienia.

Wszelako zważywszy, ile żołądek winien rozwijać czynności fizyjologicznéj w tak ważnych obrażeniach anatomicznych, jak w raku, wrzodzie drążącym, byle nieumiejscowionych tak, aby przeszkadzały drożności jego, dochodzimy do wniosku, że każda niestrawność polega na nieprawidłowych fermentacyjach treści żołądka, wznieconych rozwojem różnych grzybków, których swoiste działanie w kilku kierunkach już rozpoznano; że owe grzybki mogą być do żołądka wprowadzone wprost z pokarmami i napojami, że jednakże i wolne od nich ingesta zanieczyścić się mogą temi pasorzytami w jamie ustnéj człowieka, który będąc dotknięty zapaleniem dziąseł i zębów nosi w sobie niespożyte gniazdo ich wylęgania. Drugą takiéjże hodowli siedzibę stanowi także jama połykowa, będąca w stanie przewlocznego zapalenia, żołądek zaś sam, wyjąwszy grube zmiany w utkaniu, drażnienia, wywołane jadami chemicznemi, np. wyskokiem, prawdopodobnie najmniéj się przyczynia do sprowadzania zjawisk niestrawności, a nieżyt jego jest raczéj następstwem aniżeli przyczyną nieprawidłowego trawienia.

Przeciwko niestrawności stósowane bywają powszechnie, jak wiadomo, środki alkaliczne, które ujałowiając grunt pożywczy grzybków na całéj górnéj drodze układu pokarmowego wstrzymują do pewnego stopnia nieprawidłowe fermentacyje w żołądku. W tym samym kierunku działa także tak zbawienne dyjeta, czyli wybór pokarmów, niestósownych do odżywiania drobnych pasorzytów. Że bowiem grube nawet pokarmy, np. śledzie niemoczone, dobrze znoszone bywają przez opilców cierpiących *par excellence* na katar żołądka, jest rzeczą powszechnie wiadomą, mniéj może, czego codziennie prawie doświadczamy, że osoby najcięższą złożone niemocą, których żołądek najlżejszéj polewki nie znosi (np. w ostatnim okresie choroby Brighta), z gustem spożywają i trawią słone śledzie, zawdzięczające swą strawność soli i trimethylaminie, odtrutkom najniższych ustrojów trawienie zaburzających.

Chcąc więc z trwałym skutkiem zwalczać niestrawność, dezinfekować trzeba statecznie przewód pokarmowy zacząwszy od najprzystępniejszego etapu, od jamy ustnéj, ku czemu głównie jod, jako środek z pomiędzy leków antyseptycznych równie dzielny jak dla ustroju mało nieprzyjazny, przed wszystkiemi innemi trzyma pierwszeństwo.

W jamie ustnéj jest przynajmniéj dana możliwość ustawicznego odwietrzania, czego pierwszym warunkiem jest, jak już wyżéj nadmieniliśmy, usunięcie wszelkiego zapalnego ogniska, przedewszystkiém próchniejących zębów, które jeśli nie mogą być dostatecznie plombami zakryte, koniecznie wyrwać trzeba.

Trudniejsza już daleko jest sprawa z połykiem, który będąc tak często siedliskiem przewłocznego zapalenia w wybujałych torebkach śluzowych również ukrywa zastępy wciąż do żołądka napływających grzybków. Obszerna jama żołądka wprawdzie najwięcéj przedstawia trudności dokładnego odwietrzania, ponieważ w uporczywych przypadkach niestrawności w obec rozszerzeń tego narządu do mozolnych wypłukiwań onegoż uciekać się zniewoleni jesteśmy, ale są są to jednak przypadki rzadsze.

Po większéj części każda niestrawność ma źródło swoje w jamie ustnéj i połykowéj i da się zabiegami leczniczemi do pewnego stopnia w karbach utrzymać przez ustawiczną dezinfekcyję, usuwanie przekrwień i zapaleń tych narządów, wreszcie przez dobór pokarmów odpowiedni ich zakażeniu. Że zapalenie dziąseł i zębów stoją w pierwszéj linii w związku przyczynowym z niestrawnością, na to mógłbym przytoczyć tysiączne kazuistyczne dowody, ograniczę się wszakże do przytoczenia kilku tylko przypadków, o tyle jawniéj illustrujących wpływ owych chorób jamy ustnéj na upośledzenie łaknienia i trawienia, o ile osoby, o które tu chodzi, cały już szereg lat pod mojém zostając okiem, dokładnie kontrolowane być mogą.

1) Kobieta zamężna, lat 50, pomimo niedomykalności zastawek półksiężycowych aorty, nabytéj przed 30 laty w przebiegu gośćca stawowego, cieszyła się od 7 lat zawsze najdoskonalszém łaknieniem i trawieniem, po ciężkiém zmartwieniu tracić zaczęła apetyt a nadto po każdém spożyciu stałych pokarmów doświadczać tak dokuczliwych kurczowych boleści w dołku podsercowym, odbijania, zgagi, że poprzestawała na płynnych tylko pokarmach, najczęściéj na herbacie.

Wody karlsbadzkie, po kilkakroć powtarzane, przynosiły wprawdzie za każdą razą ulgę w czasie picia i pewien czas po skończoném ich używaniu, potém jednak wracało dawniejsze cierpienie mimo starannie przestrzeganéj dyjety. Odzywające się podówczas w rannych godzinach cuchnienie z ust naprowadziło mnie na bliższe zbadanie zębów, które jednakże, wyjąwszy kilka znakomicie zaplombowanych, najmniejszéj nie przedstawiały skazy. Natomiast odkryłem szczególniéj na okół przednich zębów znaczne rozpulchnienie dziąseł na brzegach lekko owrzodziałych, dołem usuwających się, język zawsze obłożony i zaczerwieniony połyk.

Zalecone odtąd przepłukiwania jamy ustnéj i połykowéj mięszanką nastoju jodu i miry, któréj pewną część połykano, w kilku dniach usunęło bóle żołądka i przywróciło dawniejsze łaknienie. Ilekroć wszakże osoba ta, niesłychanym do kuchni łacińskiéj przejęta wstrętem, choćby na dobę zaniedba należytego oczyszczenia jamy ustnej, mianowicie podczas miesiączki, dziąsła statecznie nieco przekrwione, na nowo obrzmiewają, cuchnienie powraca i wraz z nim cały szereg dawniejszych objawów niestrawności. Powtarzając się dość często w przeciągu ostatnich 5 lat owa gra chorych dziąseł z akompanijamentem utraty łaknienia i niestrawności nie może najmniejszéj pozostawiać wątpliwości co do istnienia związku przyczynowego, który przypuszczamy.

2) Profesor gimnazyjalny P., 40 lat wieku, od lat studenckich cierpiąc na liche trawienie, objawające się dolegliwościami po jedzeniu, bólem głowy, uporczywą bezsennością i ztąd skazany na przestrzeganie najoględniejszéj dyjety, przed 4 laty doświadczył takiego nasilenia dawnéj swéj choroby, że nieprzezwyciężony wstręt do pokarmów, ból żołądka po płynnych nawet pożywkach i wzmiankowane powyżéj zaburzenia nerwowe powaliły go na łóżko, gdzie zrozpaczony i wycieńczony z sił wyglądał już bliskiego końca. Przywołany doń po 2 miesiącach choroby z góry uderzony zostałem charakterystycznem owém cuchnieniem z ust a przystępując do badania jamy ustnéj zastałem dziąsła na około wszystkich zębów zresztą nie źle zachowanych mocno zaczerwienione, obrzmiałe, miejscami krwawiące, z brzegami lekko owrzodziałemi. Pacyjent nie myśląc jak o swoim żołądku zeznał wtedy, że od wielu lat już krwawi nieco z ust, ale nigdy przeciwko temu nic nie podejmował, ani téż lekarze na to nie zwracali uwagi, ponieważ żadnych bólów w jamie ustnéj nie doświadczał. Po 24-godzinném płukaniu ust mięszanką jodu z solą kuchenną (co 15 minut) już się ozwało trochę łaknienie a w tydzień potém przy mlecznéj dyjecie nastąpiło swobodne trawienie, po dwóch tygodniach nader ożywiony apetyt na mięsne pokarmy odtąd dobrze znoszone a zupełne wyleczenie po zagojeniu dziąseł, na które ze względu znacznego rozszerzenia naczyń stósowano nadto 3 razy dziennie pędzlowanie nastojem dębiankowym. Chory tylko w pierwszych dniach używał znanéj słonéj mięszanki także wewnętrznie, późniéj poprzestawał na samém płukaniu ust. Ile razy nie mogąc z początku uwierzyć w związek chorych dziąseł z niemocą żołądka, zaprzestawał zaleconego sobie oczyszczania jamy ustnéj, doznawał na nowo niestrawności, nareszcie przekonawszy się sam i pilniéj pielęgnując dziąsła, zmywając je rano mydłem, a następnie wypłukując usta słabym rozczynem nadmanganianu potasowego niebywałém nigdy cieszy się zdrowiem. Jednego lata powróciwszy z wakacyjnéj wycieczki, gdzie się opuścił w starannem czyszczeniu swych dziąseł, dostał lekkiego powrotu choroby swéj, która jednakże po energicznem znów podjęciu leczenia miejscowego w krótkim czasie zupełnie ustąpiła.

3) Anna S. 70-letnia wdowa, od roku prawie obłożnie chora z powodu ogólnéj niemocy i wycieńczenia, wychudzona w najwyższym stopniu, niedokrewna, jako nieuleczna odda-

ną została do szpitala. Prócz kawy nic nie je z powodu wstrętu do innych pokarmów i boleści żołądka, jakich po jedzeniu doświadcza. W obu szczękach na przodzie sterczy 6 zębów, bardzo już chwiejących się, okolonych mocno zbrzękłemi, na brzegach owrzodziałemi dziąsłami. Język zawsze czerwony i suchy, niemniéj połyk, dołek podsercowy dotkliwy przy ucisku, brzuch wzdęty, skłonność do zaparcia, inne czynności nie przedstawiają nic nieprawidłowego, jakkolwiek osoba ta uważając się za porażoną na dolnych odnogach zwątpiła o swojém wyzdrowieniu. Po wyrwaniu wszystkich zębów dziąsła za pomocą jodu z mirą w przeciągu tygodnia wygoiły się, język stał się wilgotnym i prawidłowo zabarwionym, nader żywe odtąd łaknienie szybko zaczęło dźwigać podupadłe siły staruszki, która po 6 tygodniach dosyć pewna na nogach zupełnie zdrowa szpital opuściła.

Jako ryczałtowy przykład związku przyczynowego zapalenia dziąseł z ostremi zajęciami przewodu pokarmowego wymienić mi wypada cały szereg chorych przedstawiających się bezpośrednio po każdych świętach Bożego Narodzenia, podczas których używanie lepkich ciast, jak marcepanów i pierników bywa na porządku dziennym. Sąto przypadki gorączki gastrycznéj z odrazą do pokarmów, silnemi bólami żołądka, poniekąd wymiotami, obstrukcyją, którym często towarzyszy nerwoból międzyżebrowy; charakterystyczne cuchnienie z ust, czerwona obwódka dziąseł odrazu naprowadzają mnie na pierwotną przyczynę całéj choroby, która też w obec energicznéj dezinfekcyi dziąseł daleko szybciéj ustępuje, jak po zastósowaniu zwykłych w takich razach środków na sam żołądek i jelito oddziaływających. Tu także zaliczyć wypada przypadki cierpienia żołądka, datujące od czasu noszenia sztucznych, niedostatecznie czyszczonych zębów.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Kazuistyka lekarska w Turcyi.

Zebrał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 16).

Nad wyszukaniem przyczyn wywołujących cierpienie pracowali bardzo starannie Drowie Bischoff, Dobrowolski i Tomasini w Syryi, Iwański w Musulu, Villemin w Alepie, Drozdowski, Wood i Hass w Bagdadzie i Asche w okolicach pobliskich zatoki perskiéj a głównie w Basorze. Z dochodzeń drobnowidowych szczepienia wydzieliną ropną guza, z rozbiorów chemicznych wody używanéj do picia wnoszono, że najprawdopodobniéj ta ostatnia jest jedyną przyczyną, wywołującą cierpienie. Nie przeczę, że tak być może w okolicach zasobnych w rzeki lub w miastach posiadających cysterny. Taż sama jednak przyczyna traci na swém prawdopodobieństwie pośród Arabów mieszkających w pustyni, których napojem bywa przeważnie mleko wielbłądzie lub słodkawy sok otrzymywany przez nacinanie młodych drzew daktylowych. Nie posiadając rozbioru dwóch tych płynów, nie podobna orzec, czy pierwiastki solne i ziemne w nich zawarte nie posiadają także własności tworzenia złogów po przedostaniu się do obiegu krwi, które to złogi przeobrażają się następnie w charakterystyczne gruzełki? Wypada więc pozostać przy zdaniu, że woda do picia jest główną przyczyną wywołującą cierpienie.

Nietylko jednak ludność miejscowa bywa zaznaczoną guzem. Cudzoziemcy również, choćby tylko pozostający tu krótki czas, stanowczo i bezwarunkowo muszą mu uledz. Przekonywający na to dowód miałem na urzędnikach wojskowych i ich rodzinach, przybyłych ze Stambułu do Bagdadu. Po przepędzeniu kilku tygodni w podróży przybywali na przeznaczone miejsce, nieokazując żadnych śladów miejscowego cierpienia. Obawa ulegnięcia cierpieniu skłaniała ich do powstrzymania się, o ile możności, od picia wody, mleka i napojów orzeźwiających tutaj przygotowywanych. Nic to nie pomagało. Jedni dostawali guza w kilka dni po przybyciu, drudzy po paru miesiącach, inni przepędziwszy parę lat poczynali już sobie żartować ze znajomych oznaczonych blizną po przebyciu guza, gdy nagle i sami go dostali a pozostałe u nich blizny były zawsze bardziéj szpetne aniżeli u osób dotkniętych cierpieniem w pierwszych tygodniach pobytu. Zdarzają się także przypadki, że osoby już z rozwiniętym guzem, przenosząc się z jednéj okolicy w drugą więcéj lub mniéj oddaloną, dostają nowego wyrzutu gruzełków, sadowiących się grupami już to w pobliżu istniejącego guza lub też na innych częściach ustroju. Takie przykłady nazywają dwupłciowemi. Guz dawny ma być samcem, nowe zaś wyrzuty mają należeć do płci odmiennéj. Spotykamy je prawie wyłącznie u mieszkańców okolic Kufy i Kerbeli, nie mogąc w tym pospolitym podziale znaleźć nic cechującego. Przebieg bowiem guza dawniejszego bywa zwykle taki sam jak nowo powstałych gruzełków. Zdarza się zaś dość często, że te ostatnie goją się prędzéj aniżeli guz już istniejący. Na rozwój guza, czas trwania i gojenie się owrzodzeń podług miejscowych przekonań mają wpływać: budowa ustrojowa, temperament i pora roku, w któréj wystąpiły pierwsze pojawy cierpienia. Te jednak przypuszczenia nie wytrzymują żadnéj naukowéj krytyki. Guz bowiem występuje tak u indywiduów o ustroju wątłym, temperamencie limfatycznym, o powłokach skórnych delikatnych i suchych, jak z jednakową energiją napastuje osoby otyłe, krwiste, o budowie ustrojowéj silnéj i mięśniach w pełni rozwiniętych. Na przebieg cierpienia jednakże pory roku się zdają wywierać pewien wpływ tajemniczy. Guz poczynający się w porze letniéj, mianowicie w okresie dojrzewania daktyli, trwa zwykle od 11—14 miesięcy. Ztąd też i jego nazwa miejscowa Hurma-czyban (wrzód daktylowy). Przeciwnie, cierpienie rozpoczynające się na wiosnę lub zimą potrzebuje do zupełnego zabliźnienia się mniéj czasu, zwykle miesięcy 7—9ciu. Spostrzegałem też przykłady, w których sprawa rozwojowa guza była bardzo powolną i trwała do 16 lub 18tu miesięcy. Przykłady jednak podobne są rzadkie i dają się zauważyć przeważnie pośród Persów i Izraelitów w Bagdadzie, tak że za średni okres trwania guza można przyjąć okres od 6—11 miesięcy. Są jednak osoby zupełnie wolne od tego cierpienia, pomimo stałego przebywania w miejscowościach takich jak Alepo lub Bagdad, gdzie bezwarunkowo wszyscy mu podlegają. Czemu zaś należy przypisać ten rodzaj zachowania? nie podobna orzec. I choć przykłady tego rodzaju są nadzwyczaj rzadkie, to jednak o tém mogłem się przekonać, że osoby nieulegające temu cierpieniu są zwykle dotknięte stanem charlactwa w następstwie długotrwałych zimnic, krzywicy, raka, lub takie, które w skutek leczenia kiły najrozmaitszemi przetworami rtęci, popadły w stan wysokiego stopnia osłabienia. Wiek i płeć nie stanowią różnicy, niemowlęta jednak nie podlegają cierpieniu. I dopiero po czwartym roku życia dzieci obojéj płci ulegają cierpieniu. Zwykle jednak, lecz tylko pośród miejscowych mieszkańców, przebywa się guz od 4—18 roku życia, późniéj bywa się zupełnie wolnym,

jeżeli się nie zmienia miejsca pobytu. W przeciwnym razie i pomimo wyraźnych blizn przebytego guza nowa grupa gruzełków występuje, sadowiąc się tylko w innéj okolicy ciała. W takich razach kobiety najczęściéj zapadają ponownie. Po nich następują osoby w średnim okresie życia, póżniéj młodzież i starcy. Dzieci zaś, po raz przebytém cierpieniu, są wolne aż do 9go roku życia, choćby nawet były zmuszone do zmiany miejsca pobytu.

Charakterystyczną cechą guza jest sadowienie się tylko na częściach odkrytych ustroju. Żadnego też nie uważano przypadku, w którym cierpienie to obrało sobie inną okolicę ciała. I jeżeli za przyczynę wywołującą zgodzono się uznać jakość wody do picia, to na rozwój, przebieg i trwanie tego stanu chorobowego, na łuskowate oddzielanie się strupów i ich cechującą suchość, wpływa prawdopodobnie i działanie promieni słonecznych, brudniejszą zaś barwę stwardniałych warstw naskórka wywołuje mięszanie się skąpéj wydzieliny z piaskiem i pyłem pustyni.

Siedliskiem guza jest tkanka komórkowata podskórna, w któréj oczkach formujące się złogi patologiczne przedstawiają następujące zmiany chorobowe. Najprzód więc w téj lub owéj okolicy ustroju daje się wymacać stwardnienie w rodzaju gruzełka, wielkości ziarnka soczewicy, niebolesne i prawie zawsze mające podstawę nieco zaczerwienioną. Najczęściéj obok pierwotnego stwardnienia ukazują się inne gruzełki, rozwijające się bardzo powoli i dopiero po upływie kilku miesięcy przechodzące w stan rozmiękczenia. Z chwilą nastąpienia tego okresu cała grupa przeobrażonych gruzełków wydziela na swą powierzchnię płyn żółtawy, gęsty i lepki, bez zapachu, wkrótce tworzący strupy szarawe lub brunatne, układające się warstwami, które podminowane małą ilością wydzieliny z łatwością odpadają, a następnie tworzą się nowe warstwy, oddzielające się stopniowo w ciągu kilku miesięcy, aż do chwili, gdy zmniejszony stan zapalny i bardziéj skąpa wydzielina, pozwolą na utworzenie się nowego strupa, pozostającego już aż do zupełnego zagojenia się Warstwowaty charakter strupów nie bywa zawsze jednostajny. Czasem odpadanie ich następuje małemi cząstkami lub też pęknięte w połowie oddzielają one jednę ze swych części, podczas gdy druga pozostaje zwykle ściśle przylegającą do powierzchni rozmiękczonego utworu. Badając wtedy dno guza znajdujemy je równém, lśniącém, nieposiadającém nigdy tkanki ziarniejącéj, jaką spotykamy w zwykłych owrzodzeniach. Stan taki odpadania i nowego tworzenia się strupów trwa kilka miesięcy, po upływie których następuje powolne zabliźnianie, cechujące się ukazywaniem tkanki łącznéj, najprzód koloru różowawego, wkrótce jednak bledniejącéj, lub też stosownie do ilości wydzielonego barwika przybierającéj kolor bardziéj ciemnawy. W ten sposób utworzona blizna ma brzegi nieregularne, wydatne, niekiedy zagłębia się w warstwy skórne, lecz najczęściéj pozostaje na równéj z niemi powierzchni. Wielkość blizny zależy zupełnie od tego, czy sprawa chorobowa rozwinęła się z jednego gruzełka, czy też ze znaczniejszéj ich liczby. Ztąd też widzieć się dają blizny małe i płaskie, najczęściéj jednak obszerne, przechodzące niekiedy kilka centymetrów, mianowicie, gdy siedliskiem guza były odnogi lub grzbietowa powierzchnia rąk. Blizny takie mają najzupełniejsze podobieństwo do śladów pozostających po silném oparzeniu i nie dają się niczém zgładzić. W ciągu całego okresu rozwoju trwania i gojenia się guza osoba nim dotknięta nie podlega żadnym powikłaniom, któreby miały bezpośredni związek z tém cierpieniem. Tylko u cudzoziemców i w razie gdy siedliskiem guza były powieki, skrzydła nosa lub wargi, wtedy dało się zauważyć, że stan zapalny towarzyszący rozwojowi guza przenosił się dość często i na błony śluzowe, mianowicie powiek i warg. Były to jednak powikłania bardzo łagodne, trwały krótko i ustępowały po zastosowaniu stosownych przymoczek. U dzieci jednak i dziewcząt, dotkniętych stanem niedokrewności, rozwojowi guza towarzyszyły dość silne bóle, niełatwe do złagodzenia swędzenie, a także nieład w narządzie trawienia. W ogóle jednak osoby dotknięte guzem nie uskarżają się na nic więcéj, jak tylko na szpetny wyraz twarzy, zbyt przewlekłe trwanie guza i potrzebę częstego bardzo ocierania obficie wydzielającéj się limfy plastycznéj, sprzyjającéj wreszcie utworzeniu się strupa, pod którym zwykło następować zagojenie się owrzodzeń skórnych. (C. d. n.)

III. Zjazd Lekarzy i Przyrodników polskich w Poznaniu.

W ciągu ostatnich dwóch tygodni zapowiedzieli odczyty następujący Panowie:

71. Prof. Dr. Feigel (ze Lwowa): Dotychczasowe wyniki badań nad prątkami gruźliczemi Kocha (z demonstracyją).
72. Tenże: Przypadek porencefalii.
73. Dr. Koszutski (z Poznania): O stosunku dyfteryi do krupu i o jéj leczeniu lokalném jednochlorkiem rtęci *(pulv. calomelan. vapore parati)*.
74. Tenże: Etyjologija i leczenie choleryny niemowląt i dzieci.
75. Dr. Merczyng (z Petersburga) (II odczyt): O nowych zjawiskach obserwowanych przy dyfrakcyi światła.
76. Dr. Schramm (z Krakowa): O wyłuszczeniu wola.
77. Tenże: O znaczeniu jodoformu przy leczeniu ran jamistych.
78. Dr. Sycianko (z Charkowa) przedstawi: Elektroterapeutyczne przyrządy swego pomysłu.
79. Dr. Wehr (ze Lwowa): O przeszczepianiu raka (z demonstracyjami).
80. Tenże: Przedstawienie kilku preparatów kostnych.
81. Dr. L. Brudziński (Mikulińce w Galicyi): O nowym środku lekarskim przeciw zimnicy.
82. Dr. J. Czarda (z Pragi) (II odczyt): *Rhinoepilepsia.*
83. Dr. Władysław Biegański (z Częstochowy): Przyczynek do etyjologii tyfusu wysypkowego.
84. Tenże: O porażeniach po zatruciu arszenikiem.
85. Dr. B. Lutostański (z Krakowa): Zdrojowiska polskie wobec zadań współczesnéj balneologii i balneoterapii (dla sekcyi med. wewnętrz.)
86. Dr. Jarnatowski (z Poznania): Okaz mięsaka znalezionego w łożysku.

Prócz tego nadesłali następujący Panowie temata do dawniéj już zapowiedzianych odczytów, a mianowicie:

1. Dr. Chłapowski (z Kisingi): Przyczynek do leczenia białaczki.
2. Prof. Dr. Mikulicz (z Krakowa): O wycięciu macicy przez pochwę.
3. Dr. Merczyng (z Petersburga): O wpływie poprawki barometrycznéj Angströma na określanie długości fal światła.
4. Prof. Dr. Maixner (z Pragi): Otrava fosforem (otrucie).
5. Prof. Dr. Hlava (z Pragi): *Meningitis cerebrospin.*
6. Doc. Dr. Thomayer (z Pragi): Biliárni cirrhosa.
7. Dr. J. Czarda (z Pragi): Novy spůsob lečeni *otitis externa.*
8. Doc. Dr. Schwing (z Pragi): Na vlivu stáři na porody proniček primipara.
9. Doc. Dr. Chodounský (z Pragi): Therapie tuberkulozy.
10. Prof. Dr. Szokalski (z Warszawy): O badaniu i obserwacyi przyrodniczéj porównawczo u nas i w innych krajach.

Ponieważ termin do zgłaszania się z odczytami z dniem

15 maja mija, przeto upraszamy tych mianowicie Panów, którzy przyrzekłszy odczyt, dotychczas treści jego nam nie podali, ażeby byli łaskawi uczynić to w jak najkrótszym czasie. Potrzeba nam tego do rozpatrzenia się w materyjale naukowym, a daléj do ułożenia ostatecznego programu i rozesłania go wszystkim, chcącym wziąść w Zjeździe udział.

Materyjał dotychczasowy pięknie wróży o powodzeniu przyszłego Zjazdu. Odczytów, których treść była nam podaną, zapisaliśmy dotychczas 80.

Ponieważ w ogólności materyjał zapowiedziany, ze względu na krótki stosunkowo przeciąg czasu pracom sekcyjnym Zjazdu poświęconego, przy małéj ilości sekcyj nie mógłby być dostatecznie zużytym, przeto postanowił Wydział przeznaczyć już w pierwszym dniu Zjazdu kilka godzin dla posiedzeń sekcyjnych, a daléj przygotować kilka dotychczas nieprzewidzianych sekcyj, a to i z tego względu, iż zapowiedziana ilość odczytów pozwala przypuszczać, że sekcyje te przyjdą do skutku. I tak rozpadnie się, jeżeli żadne nie zajdą przeszkody, sekcyja medycyny zewnętrznéj na sekcyję chirurgiczną, ginekologiczną i oftalmo-otologiczną. Natomiast wypadnie zlać sekcyje botaniczno-geologiczną i mineralogiczno-geologiczną w jedną. W skutek tego mielibyśmy prócz ogólnych posiedzeń 10 sekcyj czyli oddziałów, które w miarę okazać się mogącéj potrzeby, będą mogły łączyć się ze sobą lub wydzielać z grona swego nowe sekcyje. Dla sekcyj, które Wydział gospodarczy przygotowuje, zapowiedziano wykłady w następującym liczebnym stosunku:

1)	Sekcyja medycyny wewnętrznéj	27
2)	„ chirurgiczna	15
3)	„ ginekologiczna	5
4)	„ oftalmo-otologiczna	5
5)	„ medycyny publicznéj	8
6)	„ matematyczno-fizyczna	6
7)	„ chemiczno-farmaceutyczna	2
8)	„ mineralogiczno- i botaniczno-geologiczna	4
9)	„ antropologiczno-archeologiczna	0
10)	„ przyrodniczo-rolnicza	3
11)	Ogólne posiedzenia	5
		80

Tymczasowy plan Zjazdu, podany w przeszłém naszém ogłoszeniu ulegnie pewnéj zmianie z tego powodu, że czcigodny prof. Szokalski przybycie swoje na Zjazd uczynił zależném od tego, czy Wydział zamiaru swego połączenia ze Zjazdem uroczystości jubileuszowych dla Nestora okulistów polskich zaniecha. Do postanowienia tego, prócz wielkiéj bezwątpienia skromności osobistéj, skłoniło prof. Szokalskiego to przekonanie, że Zjazd nasz, który odbędzie się niedaleko miejsca urodzenia Jędrzeja Śniadeckiego, winien, korzystając ze sposobności, uświetnić pamięć naszego sławnego Wielkopolanina, którego zasługi zbyt mało dotąd ceniono.

Wydział z ubolewaniem powziął wiadomość o tém postanowieniu, lecz ceniąc wysoko udzielone sobie zapatrywania szanownego prof. Szokalskiego, poddał się téj woli tém bardziéj, że da Bóg doczekać, wdzięczna społeczność polska będzie miała niezadługo sposobność w ściślejszym dniu jubileuszowym okazać prof. Szokalskiemu cześć i wdzięczność za to, co dla niéj uczynił jako lekarz, literat i jako patryjota.

Wydział gospodarczy wezwał osobném zaproszeniem polskie pobratymcze naukowe stowarzyszenia akademickie, o ile o istnieniu tychże mógł się dowiedzieć, aby przez delegatów dały się reprezentować na Zjeździe.

Z zarządami dróg żelaznych warszawsko wiedeńskiéj i warszawsko-bydgoskiéj, jakoteż kolei galicyjskiéj Karola Ludwika pozostaje zarząd wydziałowy w korespondencyi co do kart legitymacyjnych. Skoro tylko takowe będą wygotowane, nie omieszkamy ich przesłać zgłaszającym się po nie uczestnikom.

Zarządy dróg: czeskiéj północnéj (Böhmische Nordbahn) i austryjackiéj północno-zachodniéj (Oesterreichische Nord-Westbahn) dotychczas na podanie zrobione przez Wydział o zniżenie opłaty dla uczestników nie odpisały.

Przy téj sposobności zwracamy raz jeszcze na to uwagę, że wspólne zamawianie 30 najmniéj biletów daje na kolejach pruskich prawo do zniżki taryfy przewozowéj o 50%. Podnosimy to mianowicie dla uczestników Zjazdu przybywających z Królestwa, Galicyi i Czech.

Dla objaśnienia interesantów streszczamy kilka ustępów z odnośnych przepisów król. Dyrekcyi kolejowéj w Wrocławiu:

1) Do obniżenia taryfy przewozowéj dla liczniejszego towarzystwa podróżującego w jednym lub w obu kierunkach upoważnia ten Urząd ruchu kolejowego (*Königl. Eisenbahnbetriebs-Amt*), w obrębie którego podróż ma być rozpoczętą, przyczém jednakże Urząd ten udziela pozwolenia na zniżkę na całą przez Państwo administrowaną drogę.

Dla przybywających z Galicyi Urząd taki ruchu kolejowego jest w Katowicach i Raciborzu; dla przybywających zaś z Królestwa na Aleksandrowo w samym Poznaniu.

2) Na zniżenie opłaty przewozowéj, wynoszące 50%, tylko wtenczas przyzwala urząd kolejowy, jeżeli jedna osoba wykupuje najmniéj 30 biletów dla równocześnie udających się do jednéj i téj saméj odległéj stacyi.

3) Ulga nie stosuje się do ekspedycyi bagaży, która zwykłym porządkiem podług taryfy bywa uskutecznioną.

4) Ten, który podejmuje się urządzić wspólną podróż albo przewodnik podróży winien kilka lub kilkanaście dni naprzód odnieść się w tym celu piśmiennie lub telegraficznie do Urzędu ruchu kolejowego (adresuje się: *An das Königl. Eisenbahn-Betriebsamt zu X)* najbliższego stacyi kolejowéj, z któréj wspólna podróż w obrębie Państwa pruskiego ma się odbyć.

Na podanie swe, w którém oznaczyć trzeba ilość osób, mających odbyć wspólną podróż jakoteż miejsce, do którego towarzystwo wspólnie się udaje, a zarazem, czy w jednym lub obu kierunkach, odbiera przewodnik od Urzędu kolejowego stosowne uwiadomienie, a równocześnie formularz rewersowy, który winien wypełnić i przed rozpoczęciem wspólnéj podróży ekspedycyi biletowéj pierwszéj stacyi pruskiéj oddać. Ekspedycyja ta wydaje przewodnikowi towarzystwa za złożeniem przynależnéj pieniężnéj kwoty ilość biletów na rewersie podaną.

5) Skoro towarzystwo życzy sobie korzystać z obniżenia ceny przewozowéj także przy powrocie, co przewodnik, jak wyżéj się rzekło, w podaniu swém winien zaraz z góry zaznaczyć, przesyła Urząd ruchu kolejowego jeszcze i drugi formularz rewersowy, który następnie przewodnik towarzystwa przedkłada ekspedycyi biletowéj téj stacyi, z któréj towarzystwo powracać zamierza.

Za bilety te powrotne składa znowu przewodnik oznaczoną sumę, ale osoby składające towarzystwo mogą teraz wspólnie lub téż pojedyńczo podróż odbyć, a nawet, jak przy zwykłych biletach raz drogę przerwać.

6) Z obniżenia opłaty przewozowéj korzystać można jedynie przy zwyczajnych osobowych i mięszanych pociągach, a tylko wyjątkowo także przy pospiesznych.

Najlepiéj byłoby, gdyby który z Panów przyrodników lub lekarzy w Warszawie, w Krakowie, we Lwowie itd. mający zamiar udać się do Poznania, poruszył w miejscowych pismach sprawę takiéj wspólnéj podróży i podjął się jéj uorganizowania.

Aby ułatwić nabywanie kart udziału w Zjeździe tym Panom, którzy mieszkają poza granicami pruskiego zaboru, przesłał Wydział gospodarczy do łaskawego wręczenia zgłaszającym się 50 takich kart docentowi Dr. Grabowskiemu do Krakowa. Takież karty wysłane będą do Lwowa, Warszawy i Pragi, skoro tylko biuro Wydziału gospodarczego pozyska sobie w tych miastach, a może i innych jeszcze, chętnych do takiego pośredniczenia.

Kto zresztą zechce, może wprost na ręce Skarbnika Zjazdu p. Dra Jarnatowskiego przesłać 20 marek, za które odbierze kartę udziału. Dla uniknięcia nieporozumień dodajemy, że monetą rosyjską płaci się za kartę udziału w Zjeździe 10 rubli, a monetą austryjacką 12 złr.

Panowie redaktorzy lub referenci pism fachowych odbiorą wraz z kartą legitymacyjną kolejową, wolną kartę wstępu na posiedzenia oddziałowe i ogólne.

Mała wystawa przyrodniczo-lekarska, jaką Wydział urządza przeważnie dla wygody tych uczestników Zjazdu, którzy celem objaśnienia swych odczytów zamierzają przysłać lub przywieść jakie przedmioty na Zjazd, umieszczoną będzie na sali w pałacu hr. Działyńskich.

Udział w wystawie mogą wziąć także osoby niebędące uczestnikami Zjazdu, ale tylko o tyle, o ile wystawią, jak to w przeszłym liście wyłuszczyliśmy, takie przedmioty, które ścisły

mają związek z rozmaitemi gałęziami nauk lekarskich i przyrodniczych. Uporządkowaniem nadesłanych przedmiotów zajmie się komisyja, na któréj czele stoi aptekarz p. Szymański (Wrocławska ulica).

Komisyja kwaterunkowa, składająca się z członków Wydziału gospodarczego, skrzętne czyni starania, aby zapewnić przybywającym na Zjazd gościom stósowne mieszkania i prosi tak o wczesne zgłaszanie się pragnących korzystać z pośrednictwa jéj, jakotéż o równoczesne podanie ilości osób, które wspólnie mieszkać mogą i zechcą.

Dr. B. Wicherkiewicz.

Stosownie do powyższéj odezwy zawiadamiam:

1) iż karty uczestnictwa w IV Zjeździe Lekarzy i Przyrodników w Poznaniu są u mnie do nabycia po cenie 12 złr.

2) iż celem ułatwienia organizuję wspólną jazdę do Poznania i z powrotem w ten sposób, że:

a) Biorący w niéj udział wyjadą z Krakowa dnia 1go czerwca r. b. pociągiem osobowym odchodzącym z Krakowa o godzinie 6éj rano (względnie ktoby sobie życzył pociągiem pospiesznym odchodzącym o 7¼ rano). Staną we Wrocławiu o 2éj po południu a wyjechawszy ztamtąd o 6éj staną w Poznaniu o 11éj wieczór.;

b) Koszta drogi z Krakowa do Poznania i napowrót wynosić będą II. klasą mniéj więcéj 25 złr.;

c) Chcący wziąć udział w téj wspólnéj jeździe zechcą jak najwcześniéj zawiadomić mnie a na wszelki przypadek przed 25 b. m., z powodu iż Zarząd kolei musi być pierwéj o liczbie osób podróżujących powiadomionym. Nadesłanie zaliczki na należytość wraz z należytością za kartę udziału jest pożądane.

3) Iż stosownie do późniéj otrzymanéj wiadomości kolej Karola Ludwika zniżenia ceny jazdy dla udających się do Poznania odmówiła.

4) Iż chętnie, o ile będzie to z méj strony możebnem, podejmuję się udzielania wyjaśnień co do Zjazdu i pośrednictwa z Wydziałem gospodarczym. *Doc. Dr. Grabowski.*

IV. Sprawozdanie z XIII Zjazdu chirurgów niemieckich w Berlinie (od 16—19 kwietnia).

(Dokończenie. Patrz Nr. 19).

Küster wspomniał także o wyleczonym przez naciąganie przypadku złamania wyrostka zębowego drugiego kręgu szyjnego. Wyleczenie nastąpiło tu dopiero w 1½ roku po pierwotném obrażeniu.

Grawitz z Berlina mówił o rozwoju nowotworów nerek z oderwanych szczątków nadnerczy. Gr. twierdzi, że liczne drobne guzki znajdujące się na nerkach dość często tuż po pod torebką zawdzięczają swe powstanie oderwanym częściom nadnerczy i że te guzki mają bardzo ważne znaczenie ze względu na powstanie nowotworów nerkowych. Guzki te, według doświadczenia Gr., są nader częste. Leżą one albo na powierzchni nerki pomiędzy nią a torebką albo w samym miąższu. Na podstawie preparatów odnośnych mógł się Gr. przekonać, że w czasie życia płodowego części nadnercza wciskają się właśnie pomiędzy poszczególne nereczki płodowe, a więc że położenie późniejszych guzków wśród miąższu nerkowego zawdzięcza swój początek nie przypadkowemu jakiemuś wgłobieniu, lecz da się wytłumaczyć na podstawie historyi rozwoju. Wreszcie przemawia za tém pochodzeniem tych guzków i ta okoliczność, że ich budowa w niczém nie przypomina budowy nerki, ale za to pod wieloma względami jest zbliżoną do budowy nadnerczy.

Baumgärtner z Baden-Baden wspomniał o czterech chorych, u których po całkowitém wyłuszczeniu gruczołu tarczykowego rozwinęły się objawy t. zw. *cachexia strumipriva.* Pierwszy przypadek dotyczył dziewczyny 16-letniéj, któréj twarz w rok po operacyi znacznie nabrzękła i u któréj rozwinęła się znaczna ociężałość cielesna i duchowa. W pół roku późniéj chora poczęła cierpieć na duszność. Po niejakim czasie przyszło do zupełnego prawie zamknięcia głośni z powodu porażenia mięśni, tak że musiano wykonać tracheotomiję. U drugiéj choréj 56-letniéj rozwinęła się po operacyi ogólna ociężałość a w 1½ roku musiano z podobnych przyczyn, co w pierwszym przypadku, wykonać tracheotomiję. Podobny był obraz i w dwóch dalszych przypadkach, tylko że w ostatnim pacyjentka, która była szwaczką, po operacyi stała się do tego stopnia ociężałą, że nie była zdolną nadal oddawać się swemu zawodowi. Zranienie n. zwrotnego wśród operacyi może B. stanowczo wykluczyć, choć nerw ten i tak dosyć doznaje urazów podczas operacyi, choć się go i nie przetnie. Według zapatrywań Kochera, z któremi zgadza się i B., przyczyna wystąpienia tych objawów leży w utrudnieniu dowozu tlenu. W przypadkach B. utrudnienie to było następstwem porażenia mięśni krtani, w przypadkach zaś Kochera zdaje się, że zanik saméj tchawicy, wywołany niedostatecznym dowozem krwi, dałe pierwszy początek téj choroby. Kocher podwięzuje bowiem tętnice zwłaszcza większe dość daleko od samego wola, aby ochronić n. zwrotny i w ten sposób przerywa także dopływ krwi do znacznéj części krtani, tchawicy i gardziela. B. chcąc uniknąć zarówno przecięcia nerwu jak i zbyt wielu naczyń podwięzuje te ostatnie zwłaszcza większe dopiero po całkowitém oddzieleniu gruczołu tarczykowego od tkanek otaczających. W dyskusyi wspomniał König o chłopcu, u którego po całkowitém wyłuszczeniu wola musiano dwa razy robić tracheotomiję. Chłopiec ten z każdym dniem stawał się głupszym, tak że wreszcie musiał zaniechać uczęszczania do szkoły.

W dyskusyi nad modyfikacyjami sposobów opatrywania ran zabierali głos Bruns (z Tübingi), Schede (z Hamburga) i Mikulicz. Pierwsi dwaj podnosili wielkie zalety sublimatu ze względu na powstrzymanie rozwoju róży. Mikulicz na podstawie swych doświadczeń przyznaje sublimatowi tylko tam znaczenie równe, a może i wyższość nad kwasem karbolowym, gdzie tenże ma działać bez zetknięcia się z istotami białkowatemi, a więc np. gdzie chodzi o pierwotną dezinfekcyję rąk lub pola operacyjnego. W skutek zetknięcia się sublimatu z istotami białkowatemi wytwarza się białkan rtęciowy, który działa daleko słabiéj niż sam sublimat. Albowiem podczas gdy sublimat powstrzymuje rozwój prątków wąglikowych w rozczynie 1:300,000, to zaledwie rozczyn 1:1,000 jest w stanie nieco opóźnić gnicie krwi a dopiero rozczyn 1:400 może je zupełnie powstrzymać.

Partsch z Wrocławia przedstawił 4ch pacyjentów, u których wykonał z pomyślnym wynikiem operacyję Ogstona i zalecał wykonanie téj operacyi w każdym przypadku *Genu valgum.* Przeciw temu przemawiali Mikulicz, Lange i Volkmann, którzy operacyję Ogstona zupełnie porzucają. Możemy bowiem obecnie osiągnąć ten sam wynik pomyślny za pomocą operacyi daleko prostszéj; a mimo najskrupulatniejszego przestrzegania zasad postępowania przeciwgnilnego nigdy lekarz na pewne ręczyć nie może, czy po operacyi Ogstona nie przyjdzie do ropienia w stawie kolanowym, które może chorego nawet życia pozbawić.

Wreszcie i funkcyja stawu kolanowego po tej operacyi nie zawsze staje się całkiem prawidłową, zwłaszcza, że w takiém kolanie bardzo łatwo rozwija się także *arthritis deformans*.

Hahn z Berlina mówił o wycięciu krtani w przypadkach raka. Dotychczasowa statystyka téj operacyi pouczyła, że na 52 przypadki wycięcia całéj krtani 24 chorych umarło w skutek operacyi, a u 14 rozwinęła się recydywa; na 11 przypadków wycięcia połowy krtani zdarzył się tylko 1 przypadek śmierci i 3 przypadki recydywy. Zważywszy że wycięcie częściowe krtani jest daleko mniéj niebezpieczne, i że funkcyja po operacyi jest daleko lepsza po częściowém wycięciu, gdyż chorzy mogą nawet wcale dobrze choć nieco ochrypłym głosem mówić, zaleca H. wykonanie téj operacyi wszędzie tam, gdzie w ogóle tylko jest możliwą. W tym celu przecina zawsze w przypadkach, gdzie nie jest już z góry wskazaném wycięcie całéj krtani, chrząstkę tarczykową w linii środkowéj i przekonawszy się, że nowotwór ogranicza się do jednéj połowy krtani, wycina tylko połowę chrząstki tarczykowéj, część pierścieniowéj i jednę nalewkową. Podobnie postępują także Schede i Küster, którzy również przemawiali za częściowém wycięciem krtani w stosownych oczywiście przypadkach.

Bergmann z Berlina przedstawił chorego, u którego w skutek ukłucia pod obojczykiem rozwinął się już po zagojeniu się rany znaczny tętniak tętnicy podobojczykowéj. B. chciał przystąpić do operacyi. Przedtém jednak zastosował bezpośredni ucisk na ściany tętniaka. Już po 2-godzinném uciskaniu za pomocą rąk tętnienie w tętniaku ustało i nastąpiło zupełne wyleczenie. Langenbeck radzi w podobnych przypadkach przystąpić wczas do operacyi, mianowicie do podwiązania obu końców naczyń.

Oprócz tego mówił jeszcze Lesser z Lipska o pierwszym opatrunku na polu bitwy, Neuber z Kielu i Volkmann o resekcyi stawu biodrowego a Credé z Lipska, Hacker z Wiednia, Busch z Berlina, Schede, Czerny z Heidelberga okazywali rozmaite guzy wyłuszczone z jamy brzusznéj, kawałki resekowane kiszek itp.

Mikulicz mówił o tamowaniu krwotoków za pomocą tamponowania i ucisku i opowiedział przypadek, gdzie zatamował krwotok z mocno rozszerzonéj żyły szyjnéj przedartéj w miejscu, gdzie się łączyła z żyłą podobojczykową, przez wytamponowanie całéj rany gazą jodoformową i założenie bandażu elastycznego dość mocno uciskającego.

Rydygier przedstawił chorego, u którego z powodu bliznowatego zwężenia dwunastnicy wykonał gastro-enterostomiję. (Opis podany w Przegl. Lek.).

Po załatwieniu niektórych drobniejszych kwestyj zamknął Langenbeck Zjazd tegoroczny żegnając krótką przemową zgromadzonych. (*D. med. Zeit.*, 1884, Nr. 33).

Dr. R. T.

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Komisyja sanitarna krakowska odbyła w dniu 6 bm. pod przewodnictwem r. m. Dra Warschauera a w obecności zaproszonego umyślnie architekta T. Prylińskiego posiedzenie, na którém r. m. prof. Dr. Pareński przedłożył imieniem właściwéj podkomisyi obszerny i gruntownie przez siebie opracowany referat oceniający ze stanowiska sanitarnego plany architekta T. Prylińskiego na dom chorych nieuleczalnych fundacyi śp. Helclów. Po wyczerpującéj dyskusyi, w któréj prawie wszyscy obecni udział wzięli, przyjęto z nader nieznacznemi zmianami wnioski referenta, które w najgłówniejszych punktach dadzą się streścić jak następuje:

1) Komisyja sanitarna popiera jak najmocniéj utworzenie nowéj ulicy zamiast dotychczasowéj Polnéj w celu zwiększenia obszaru koło projektowanego gmachu i postawienia go frontem zupełnie ku południu.

2) Żąda wystawienia dla kuchni, pralni, piekarni, wozowni osobnego budynku, dla którego stronę północną po za głównym gmachem zakładowym uważa za najodpowiedniejszą.

3) Ze względu na to, że parter będzie znacznie nad poziom wzniesiony i że do gmachu głównego miało prowadzić kilka stopni, uważa Komisyja za konieczne urządzenie przed głównym wchodem krytego i wzniesionego podjazdu, aby uniknąć zupełnie schodów w sieni parteru i aby wnoszenie lub wprowadzanie chorych odbywać się mogło wygodnie i nie pod gołém niebem.

4) Umieszczenie warsztatów w suterenach uważa za możebne tylko w trakcie południowym.

5) Zgadza się zupełnie z przeznaczeniem wschodniéj połowy frontu parteru na salę furtyjanki, poczekalnią dla chorych, pokój z przedpokojem dla lekarza, pokój na kancelaryję Zarządu, salę dla Siostry przełożonéj i na salę dla Sióstr Miłosierdzia oraz z projektowaném zużytkowaniem ubikacyj parterowych skrzydla wschodniego i zachodniego na refektarze.

6) Zgadza się z projektowanym rozkładem pierwszego piętra, lecz równocześnie uważa za konieczne, aby było jak najwięcéj separatek uwzględniając pomieszczenie chorych powietrze zanieczyszczających i wstręt budzących przeważnie na drugiém piętrze.

7) Co do kościoła razem z gmachem głównym budować się mającego, zastrzega Komisyja, aby dojście doń było jak najdogodniejsze tak z parteru jak i pierwszego piętra.

8) Zgadza się z projektowaném ogrzewaniem gmachu piecami systemu Hildebrandta, służącemi zarazem dla wentylacyi.

9) Zgadza się z projektowaném urządzeniem wychodków (a nie waterklozetów) i urządzeniem dołu kloacznego według normy przez siebie dawniéj dla Krakowa przyjętéj (odosobnieniem dołu kloacznego warstwą iłu przynajmniéj na 30 cm. grubą).

10) Uważa za konieczne wybudowanie trupiarni a obok niéj salki sekcyjnéj.

11) Nie widząc w planach sobie przedłożonych pomieszkania dla lekarza oświadcza Komisyja (na wniosek Dra S. Paszkowskiego), iż ze względu na rodzaj chorych w przyszłym zakładzie mieścić się mających uważa za rzecz niezbędną i konieczną, aby lekarz mieszkał w samym zakładzie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 27 kwietnia do 3 maja umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców w Krakowie 54,2. Z ospy umarło 9 (7 z. t.); z płonicy 3 (0 z. t.); z krztuśca 2 (0 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z róży 1 (0 z. t.); z kiły 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 5 przypadkach ospy, 1 ospianki, 1 odry, 1 płonicy, 2 krztuśca. W tygodniu od 21—26 kwietnia umarło z ospy w Londynie 12, świeżo zapadło 121, leczyło się w szpitalach 465. W Liwerpolu umarło 2, w Brukseli, Maladze, Cincinati po 3, w Bombayu (od 25 marca do 14 kwietnia) 4, w Nowym Orleanie 12, w Pradze 37. W Kalkucie umarło (od 2—8 marca 20 z ospy i 51 z cholery, w Madrasie (od 16—22 lutego) z ospy 192 i 15 z cholery. Z duru osutkowego umarło w Madrycie, Murcyi i Warszawie po 1, w Saragosie 2, w Londynie i Maladze po 3, w Petersburgu 4. Epidemija duru w Genewie zabrała 6 ofiar w ostatnim tygodniu, w Zurychu 17.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 21—26 kwietnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 46,0; w Warszawie 33,9; w Poznaniu 24,8; w Wiedniu 32,6; w Pradze 39,1; w Tryjeście 26,0; w Berlinie 25,8; w Hamburgu 25,5; we Wrocławiu 32,8; w Gdańsku 30,7; w Mnichowie 36,8; w Dreźnie 23,1; w Lipsku 25,6; w Genewie 25,8; w Brukseli 24,6; w Hadze 28,1; w Paryżu 30,1; w Londynie 21,6; w Kopenhadze 24,1; w Stokholmie 24,9; w Chrystyjanii 15,5; w Petersburgu 42,1; w Odesie 31,2; w Rzymie 34,2; w Wenecyi 19,1; w Bukareszcie 35,4; w Madrycie 29,4; w Lizbonie 29,7; w Aleksandryi 31,7; w Nowym Yorku 25,4; w Filadelfii 22,6; w Bombayu 27,5; w Madrasie 68,9.

J. B.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 15 maja. Egzamin rządowy uprawniający do piastowania urzędu w publicznéj służbie zdrowia złożyli w terminie majowym pp. Drowie: Antoni Janiszewski z Glinian w Galicyi, Leon Kopff, asystent kliniki chorób skórnych w Krakowie i August Röhmer, fizyk m. Czerniowiec w Bukowinie.

* Staraniem galicyjskiego Tow. pszczelniczo-ogrodniczego urządzoną zostanie w r. b. Wystawa pszczelniczo-ogrodnicza i przemysłu domowego w Tarnopolu, trwać mająca od 26—30 września.

* *In usum plagiatorum.* W ostatnim numerze *W. med. Woch.* wykazuje prof. H. Cohn z Wrocławia, że dziełko Dra de la Fontaina, lekarza przybocznego Króla polskiego Stanisława Augusta, (autora monografii o kołtunie), wydane przez prof. Lichtenstädta we Wrocławiu 1824 p. t. *über den vernünftigen Gebrauch u. die zweckmässige Pflege der Augen* jest dosłownie odpisaném z dzieła słynnego prof. wiedeńskiego Beera p. t. *Pflege gesunder u. geschwächter Augen*, które wyszło w Wiedniu w r. 1800. Pokazuje się, że prędzéj czy późniéj prawda wychodzi na wierzch, a jeżeli plagijator nie otrzymuje zasłużonéj kary za życia, to przynajmniéj pamięć jego w historyi napiętnowaną zostaje. Myli się jednak prof. Cohn, jeżeli przypuszcza, że plagijat tak bezwzględny, jest może jedynym w historyi medycyny; jest ich więcéj, a autorów, którzy w rzeczach literackich są zwolennikami odwrotnéj zasady Proudhona, nie trudno byłoby doszukać się i obecnie.

* Dyrekcyja dóbr Arcyksięcia Albrechta rozpisuje konkurs na posadę lekarza fabrycznego w Ustroniu na Szląsku austr. Doktorowie medycyny wykazać się mogący z kilkoletniéj praktyki lekarskiéj i z znajomości jednego z języków słowiańskich wystosować mają podanie swoje do d. 15 czerwca r. b. do *Erzherzogliche Cameral-Direction in Teschen.* Z posadą tą połączona jest płaca 600 zła., mieszkanie bezpłatne, opał i pasza dla koni, które lekarz trzymać jest obowiązany. W podaniu należy obok innych alegatów wykazać wiek i podać, czy się jest żonatym i dzietnym.

* **Wiedeń.** Na ostatniém posiedzeniu Wydziału lek. odmówiono prośbie Dra Roretza z Japonii o udzielenie tytułu profesora i pozwolenie do założenia zakładu prywatnego dla chorych na umyśle. — Prof. Eulenburg cofnął podanie swe o nostryfikacyję i udzielenie *veniae legendi*; Drowie zaś Wittelshöfer młodszy i baron Pfungen zgłosili się jako kandydaci na docentów prywatnych.

Były dyrektor zakładu weterynarskiego prof. Roll, żyjący na emeryturze w Gracu, powołany został do ministerstwa spraw wewnętrznych jako referent spraw weterynarskich.

* **Berlin.** Dr. Koch powróciwszy po 10-miesięcznéj nieobecności z wyprawy do Egiptu i Indyj otrzymał od księcia następcy tronu w imieniu Cesarza order wysoki, a Rząd uczynił w Sejmie wniosek, aby członkom komisyi cholerycznéj udzielono wynagrodzenie w kwocie 135,000 marek. Cesarz otrzymawszy wiadomość o odkryciu prątku cholerycznego, miał zawołać, że dziękuje Bogu, że mu dał doczekać tego rezultatu.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga czeska.** W miejsce Toldta powołany został na katedrę anatomii opisowéj w Wydziale lek. niem. prof. Aeby z Berna szwajcarskiego, który zaproszenie przyjął. — **Halla.** Prof. anatomii patolog. Ackermann wybrany został rektorem Uniwersytetu. — Docent prywatny Dr. Genzmer mianowany został profesorem nadzw. — **Monachijum.** Docent prywatny Dr. Helferich mianowany profesorem nadzw.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 19: Goldflama: Czy *paralysis spinalis spastica* istnieje jako samodzielna forma nozologiczna; Filipowa: Tlen i ozon jako środki lecznicze (c. d.); Meyersona: O odruchach nerwowych wywołanych przez zmiany w muszlach usznych (dok.) — *Medycyny* Nr. 19 nie doszedł nas.

---

* Na fundusz wsparcia sierot po jednym z lekarzy prowincyjonalnych nadesłali Dr. Łodziński z Myślenic 2 złr., Dr. W. z Gorlic 2 złr., Dr. K. i Dr. W. adwokaci z Krakowa po 1 złr. Razem z poprzednio wykazanemi 191 złr. 75 ct.

Kwota ta odesłaną została na ręce opiekującego się sierotami, który w imieniu tychże składa podziękowanie wszystkim szlachetnym ofiarodawcom donosząc następne smutne szczegóły o losie sierot: Sierot pozostało trzy a mianowicie chłopczyk uczęszczający do gimnazyjum w Tarnowie, dziewczynka, która skończyła lat 6 i chłopczyk czteroletni. Majątek jaki pozostał wynosi 2 morgi pola i dom mieszkalny grożący upadkiem i gwałtownie reparacyi potrzebujący. Ze sprzedaży ruchomości uzyskano kwotę 300 złr. Procent od téj kwoty oraz czynsz z domu i pola ma więc służyć na utrzymanie sierot a mogą one w najlepszym razie dosięgnąć w tym roku 35 złr. Opiekujący się pisze: „W skutek przedstawienia obrazu takiéj nędzy mam niepłonną nadzieję, że znajdą się ludzie dobréj woli i pospieszą z datkami, aby ulżyć tak wielkiemu niedostatkowi. Najpożądańszą byłoby rzeczą, gdyby kto z litościwych wziął które z młodszych dzieci do siebie na wychowanie.“ Administracyja dalsze składki przyjmuje.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 21 maja o godzinie 6éj wieczór w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém: 1) Kol. Browicz przedstawi i objaśni kilka rzadkich okazów z anatomii patologicznéj; 2) Kol. Jordan mówić będzie o postępowaniu przeciwgnilném w położnictwie.

Do Nru dzisiejszego dołącza się: Rozbiór chemiczny wody siarczanéj szwoszowickiéj przez Dra Olszewskiego.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakład Nru 6 Przeglądu Lek. z r. b. jest wyczerpanym, Administracyja udaje się przeto z prośbą do Prenumeratorów w Krakowie i na prowincyi, niezachowujących Przeglądu, aby zechcieli zwrócić jéj tenże, ewentualnie gotowa jest takowy odkupić.

KONKURS.

Na posadę lekarza na 6 lat w Błazowéj (ludność przeszło 4.500 dusz) z płacą roczną 400 zła. i 4 sągi drzewa oprócz tego dochody z oględzin umarłych i bydła i wolna praktyka.

Podania należycie udokumentowane zechcą P. T. Lekarze do 1 Czerwca na ręce Naczelnika gminy nadesłać.

J. Bator
Naczelnik gminy.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmuję: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracaję się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 8 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 24 maja 1884. №. 21. Rok XXIII.

I. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

Przyczynki do Chirurgii.

XIII.

Przyczynek do lokalizacyi skórzaków (cyst dermoidalnych).

Podał Dr. Rudolf Trzebicky.
asystent tejże kliniki.

Podając niniejszém dwa przypadki z kliniki chirurgicznéj prof. Mikulicza i jeden przyadek ze szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie, obserwowany przez prymaryjusza Dra Orłowskiego, któremu zawdzięczamy łaskawe użyczenie historyi choroby, zamierzam po części przyczynić się do statystyki cyst dermoidalnych. Wszystkie trzy przypadki należą do rzadszych i zasługują na uwagę nie tyle wprawdzie ze stanowiska chirurgii operacyjnéj, ile ze stanowiska anatomii patologicznéj ze zwzględu na miejsce usadowienia się. W pierwszym przypadku z kliniki naszéj cysta dermoidalna znajdowała się na głowię w okolicy potylicowéj, w drugim w miednicy w okolicy odbytnicy i ztąd wychodziła częściowo na zewnątrz, w trzecim zaś w Warszawie obserwowanym zajmowała okolicę pośladkową, nie wchodząc jednak do miednicy.

Historyja choroby tych przypadków podana po krótce opiewa jak następuje:

I. K. D. dziewczyna licząca lat 19 z Bronowic. Od kilku lat zauważyła na tyłogłowiu guz, który zwolna ale ciągle rosnąc doszedł do obecnych rozmiarów. Badanie wykazuje u osoby wzrostu małego, dobrze odżywionéj, zresztą zupełnie zdrowej na tyłogłowiu ponad kością potylicową guz wielkości jaja strusiego, pokryty zewsząd włosami. Guz ten zupełnie jednostajnie po obu stronach linii środkowéj ciała rozmieszczony, konsystencyi miękkiéj, chełbocze dość wyraźnie. Skóra ponad nim przesuwalna, w fałd ująć się daje. Sam guz zdaje się być nieprzesuwalnym. Ucisk nań wywarty nie wywołuje żadnych przypadów, jak niemniéj wielkość i napięcie nie doznaje żadnych zmian wśród rozmaitego zajęcia choréj. W okolicy guza nie można nigdzie wyczuć ostrego brzegu kostnego. Ze strony mózgu nie ma żadnych objawów.

Dnia 7 Lutego b. r. przystąpiono do wyluszczenia nowotworu w narkozie. Po zgoleniu włosów i oczyszczeniu należytém pola operacyjnego poprowadzono cięcie przez skórę w przedłużeniu szwu strzałkowego przez największą wypukłość guza. Po przecięciu skóry i tkanki podskórnéj odsłonięto białawożółtą, mocno napiętą torebkę torbiela. Oddzielenie torebki od części miękkich otaczających dało się łatwo uskutecznić; natomiast był nowotwór mocno przyrośnięty do kości tak, że dla oddzielenia go od niéj trzeba było użyć raspatoryjum. Przy tém ściana torbiela ulegała naddarciu i wypłynęło około 50 gramów płynu żółtawego rzadkiego, zawierającego, oprócz rozpadłych mas tłuszczowych, kryształki cholestearyny i rozpadające się komórki przybłonka brukowego. Oddzielono wreszcie za pomocą noża torbiel od kości, przyczém pokazało się, że w kości znajdowało się zagłębienie koliste o średnicy 4 cm., głębokie na 2—3 mm., kształtem zbliżone do szkiełka zegarowego. Na dnie tego ubytku kość była zupełnie obnażoną. Po usunięciu całego nowotworu wystrzykano ranę 5% kwasem karbolowym, zespojono szwami płytkowemi i jedwabnemi i założono opatrunek antyseptyczny. Wygojenie zupełne nastąpiło w przeciągu tygodnia.

Torbiel wycięty wielkości jaja strusiego posiadał ściany nader cienkie, zaledwie 1 mm. grube. Powierzchnia wewnętrzna zupełnie gładka, lśniąca. Pod mikroskopem widać było tkankę włóknistą, pokrytą kilkowarstwowym przybłonkiem brukowym. Śladów brodawek lub gruczołów nigdzie nie można było dostrzedz, jak niemniéj włosów ani w treści torbiela ani w jego ścianach nie było.

II. H. W. kobieta licząca lat 35 z Łabowéj w Galicyi, zamężna. W dziecięctwie przebyła dur brzuszny. Porodów

odbyła sześć zupełnie prawidłowych.. Podczas ostatniéj ciąży przed 1 ½ rokiem zauważyła chora na pośladku lewym guz, który szybko rosnąc przeszkadzał jéj w siedzeniu i zniewolił do szukania pomocy w klinice krakowskiéj.

Dnia 2 listopada 1883 znaleziono stan następujący: Kobieta dobrze zbudowana, licho odżywiona, organa wewnętrzne zupełnie prawidłowe. Stos pacierzowy nie okazuje żadnych zboczeń, ucisk wywarty na wyrostki cierniste nie sprawia bólu. Również prawidłowe zupełnie kości miednicy i ruchy w stawie biodrowym zupełnie swobodne. W okolicy pośladkowéj lewéj nieco na zewnątrz od linii środkowéj znajdował się guz wielkości głowy dziecka składający się z dwóch odrębnych guzów, poprzedzielanych od siebie płytką poziomą bruzdą. Górny guz wielkości pomarańczy sterczał wprost ku tyłowi, dolny kształtu więcéj owalnego zwisał dłuższą swą osią ku dołowi sięgając dolnym swym końcem poniżéj fałdu pośladkowego. Skóra nad temi guzami zupełnie prawidłowa przesuwalna, przyczém można czuć, że guzy pod nią się znajdujące są objęte osobną torebką. Konsystencyja guzów elastyczna, chełbotanie w nich wyraźne. Oba guzy zdają się ze sobą komunikować, gdyż w skutek ucisku wywartego na jeden guz drugi obrzmiewa i powiększa się. Gdy chora prze ku dołowi, oba guzy mocniéj się napinają i stają się twardsze. Oba guzy są zupełnie niebolesne, przy ucisku nieco się zmniejszają.

Badanie przez pochwę wykazuje zboczenie części pochwowéj macicy nieco ku stronie prawéj. Sklepienie boczne lewe zepchnięte nieznacznie ku dołowi przez guz miękki, elastyczny, ponad którym błona śluzowa pochwy daje się we wszystkich kierunkach przesuwać. Badając przez kiszkę stolcową można wyczuć również tenże guz zajmujący lewą połowę miednicy. Przy zbadaniu wewnętrznem nie można również wykazać nigdzie bolesności lub obrzęku kości miednicy. Funkcyja pęcherza moczowego i odbytnicy zupełnie prawidłowa.

Pierwotnie podejrzywano tu chorobę kości i następowy ropień opadowy. Przez punkcyję próbną wykonaną za pomocą strzykawki Pravaza wydobyto płyn do ropy śluzowé podobny, co zdawało się przemawiać za pierwotném rozpoznaniem.

Po należytém oczyszczeniu pola operacyjnego zrobiono 4 listopada w górnym guzie, w miejscu najwypuklejszém w odległości 4 cm. od linii środkowéj otwór za pomocą bistura i wprowadzono do tego otworu dren grubości małego palca. Z otworu wypłynęło przeszło ½ litra płynu gęstego żółtawego, do ropy podobnego, nie cuchnącego. Płyn ten zawierał liczne zbitsze nieco grudki jużto żółtawe jużtéż lśniąco białe złożone z współśrodkowo ułożonych licznych zrogowaciałych komórek przyskórkowych. Przy dokładniejszém badaniu można było wykazać w płynie tym liczne cienkie, zaledwie 2—4 mm. długie czarne włosy. Badanie drobnowidowe wykazało wreszcie obecność rozpartych mas tłuszczowych, kryształków cholestearyny i nielicznych komórek przybłonka brukowego.

Ponieważ po przecięciu górnego guza dolny wcale się nie zmniejszył, przeto otworzono go również w podobny sposób poprowadziwszy cięcie krótkie na 3 cm. na zewnątrz od linii środkowéj mniéj więcéj w wysokości otworu stolcowego. Z otworu tego wypłynęło przeszło litr płynu podobnego do wyż już opisanego. Za pomocą palca wprowadzonego do obu otworów można się było przekonać, że obie jamy sięgały głęboko do wnętrza małéj miednicy. Skóra na pośladku lewym ułożyła się po operacyi w liczne fałdy, a pod nią zwłaszcza w części dolnéj można było wyczuć pomarszczoną torebkę. Badanie przez pochwę wykazało teraz sklepienie lewe zupełnie wolne, a macica zupełnie ruchoma znajdowała się w prawidłowém miejscu. Założono na całą ranę opatrunek przeciwgnilny nie przestrzykując jednak poprzód wnętrza torbieli.

5/XI—11/XI. Stan zupełnie bezgorączkowy. Codzienna zmiana opatrunku. Wydzieliny znaczna ilość z obu drenów.

12/XI. W miejsce grubych drenów założono cieńsze. Oba guzy poczynają się zmniejszać. Pod skórą torebka jeszcze bardzo wyraźnie wyczuwalna.

13/XI—17/XI. Wydzieliny coraz mniéj. Z górnego guza tylko od czasu do czasu można wycisnąć kilka kropli. Z dolnego odpływa jeszcze znaczniejsza ilość swobodnie.

18/XI—24/XI. Górny obrzęk zupełnie sklęsł, skóra po nad nim wyrównała się całkiem. Górny dren usunięto. Z dolnego guza, który sklęsł do wielkości pięści małéj, sączy się zawsze jeszcze nieco wydzieliny. Guz ten zwisa jeszcze w formie grubego fałdu aż poniżéj fałdu pośladkowego.

24/XI—30/XI. Górny otwór zarósł zupełnie.

1/XII—20/XII. Ponieważ z dolnéj przetoki stale wydzielała się choć tylko mierna ilość płynu do ropy podobnego i obrzęk ten w ostatnich kilku tygodniach wcale się nie zmniejszał a zarazem pod skórą dokładnie można było wyczuć ściany torbiela, przeto postanowił prof. Mikulicz doszczętnie wyłuszczyć cały nowotwór.

Dnia 21 grudnia przystąpił tedy wśród wszelkich ostrożności postępowania przeciwgnilnego do operacyi. Poprowadził 2 cięcia lekko-eliptyczne w kierunku pionowym obejmujące otwór zewnętrzny przetoki, długie na 6 cm. a oddalone o 2 cm. od linii środkowéj ciała. Koniec tego cięcia znajdował się w wysokości otworu stolcowego nieco na lewo od tegoż. Po przecięciu skóry w całéj jéj grubości odsłonił prof. Mikulicz zewnętrzną ścianę torbiela i starał się odpreparować ją w całości jużto za pomocą krzywych nożyczek już téż na tępo za pomocą palców. Byłato robota wcale nie łatwa, gdyż pomijając krwotok ściany torbiela były bardzo kruche i co chwila ulegały naddarciu a tkanki sąsiednie zwłaszcza mięśnie były mocno z torbielem pozrastane. Odpreparowawszy część torbiela zewnątrz miednicy położoną przekonał się prof. Mikulicz, że cysta za pomocą dość cienkiéj szyjki stała w związku z jamą miednicy małéj. Nie mniéj jednak postanowił daléj operować. Ponieważ cienka ta szyja za lada pociągnięciem się przedzierała, przeto odciął ją a chwycił natomiast twardsze ściany téj części torbiela, która leżała w miednicy, za pomocą kleszczy Nelatona.

Torbiel ten wchodził wprost pod kość krzyżową i leżał pomiędzy wklęsłością kości krzyżowéj a odbytnicą, luźnie za pomocą wiotkiéj tkanki łącznéj przyrośnięty do obydwu. Wśród oddzielania ścian torbiela od tkanek otaczających wypłynęło nagle kilka łyżek cieczy podobnéj do téj, jaka wypłynęła przy punkcyi. Przy dokładniejszém oglądaniu można się było przekonać, że płyn ten wyciekł z nadwerężonego wśród operacyi drugiego mniejszego torbiela, leżącego więcéj na zewnątrz i ku górze. Zamknięto otwór w tym drugim torbielu tymczasowo pincetą chirurgiczną i po wystrzykaniu całéj rany 5% kwasem karbolowym wyłuszczono do reszty pierwszą cystę. W celu wyłuszczenia drugiego torbiela przedłużono naprzód cięcie w skórze o kilka centimetrów ku górze aż do blizny po górnéj przetoce. Odsłoniwszy znów ścianę cysty do blizny przyrośniętą odpreparo-

wano ją od tkanek otaczających. Drugi ten guz leżał pomiędzy kiszką stolcową a pomiędzy *ligamentum tuberososacrum* i był również na dość znacznej przestrzeni choć tylko bardzo lekko do kiszki przyrośnięty. Po wyjęciu obu tych torbieli powstała w miednicy wielka jama odpowiadająca swą wielkością mniej więcej dużej pięści dorosłego mężczyzny. Na dnie téj jamy leżała zupełnie wolno odbytnica, któréj ściany na znacznym obszarze były zupełnie odsłonięte. Całą jamę przepłukano kwasem karbolowym, założono 3 grubsze i 1 cieńszy dren i zespojono szwami płytkowemi i węzełkowemi. Opatrunek antyseptyczny. (C. d. n.)

II. O związku przyczynowym zapalenia dziąseł z innemi chorobami.

(Rzecz miana na Walném Zebraniu Wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół nauk Poznańskiego dnia 23-go Czerwca r. 1881).

Przez Dr. **Kaczorowskiego.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 20).

4. P. Z, 50 lat wieku liczący, wzorowo zbudowany i odżywiony, niezaznawszy nigdy ważniejszéj choroby w swém życiu, doświadczał od kilku lat po każdym obiedzie przykrego wzdęcia w górnéj części brzucha, mijającego dopiero w kilka godzin, a zatém po ukończeném trawieniu. Przy sposobności zapytany o radę i zacząwszy jak zawsze badanie od zębów, zastałem górną szczękę zakrytą sztucznemi zębami, po usunięciu których okazały się dziąsła i całe twarde podniebienie silnie zaczerwienione i rozpulchnione. Nadto znalazłem lewy zraz wątroby znacznie powiększony i przy ucisku trochę dolegliwy. Od czasu jak pacyjent, który sztucznych zębów swoich od 2 lat wcale nie ruszył, zabrał się do jak najstaranniejszéj toalety jamy ustnéj, wyjmując zęby po każdém jedzeniu i pędzlując dziąsła i podniebienie nastojem jodu i dębianki, znikły dawniejsze dolegliwości brzucha, a zobaczywszy go po 4ch tygodniach nie znalazłem śladu zwiększenia wątroby. Zdaje się więc, jakoby grzybki spływające z jamy ustnéj do żołądka bywały nietylko powodem obfitego podczas trawienia wywiązywania gazów, ale może nawet przenikając przez ścianę żołądka do przyległego zrazu wątroby wywołały owo obrzmienie lewego zrazu.

Wynik leczenia ograniczonego wyłącznie do zapalonych dziąseł i podniebienia oraz zapobieganie dalszemu bujaniu w jamie ustnéj grzybków, przekonać winny i największego skeptyka, że li tylko grzybica była przyczyną wzmiankowanych zboczeń, które odtąd, o czém mam sposobność przekonania się przez lat kilka, nigdy więcéj nie powracają.

Częściéj jeszcze aniżeli u dorosłych ludzi widuję szkodliwy wpływ najmniejszego podrażnienia dziąseł na przewód pokarmowy u osesków, jakkolwiek jednostajnie karmionych samą piersią matki, u których więc niestosowne pożywienie jako powód choroby łatwiéj wykluczyć można. Dość ograniczone nawet zaczerwienienie dziąseł wywołuje u osesków zaburzenia trawienia połączone z wielkim niepokojem i gorączką które po wstępném przeczyszczeniu i częstém zadawaniu słonéj mięszanki jodowéj zazwyczaj w przeciągu jednego dnia uśmierzają się.

W dalszym toku chorób w skutek zapalenia dziąseł i to w drodze styczności błony śluzowéj wypada mi wspomnieć o zapaleniu krtani. Zdarza się ono poniekąd u osób noszących sztuczne zęby a zaniedbujących należytego oczyszczania jamy ustnéj. Zdradza się to zajęcie krtani niesłychanie uporczywym kaszlem, wybuchającym w gwałtownych długotrwałych napadach do którego późniéj przystępuje chrypka, z bardzo obfitemi, wodnistemi, ciągnącemi się, pienistemi plwocinami. Bliższe zbadanie odkrywa ciemno-czerwone zabarwienie całego połyku i wnijścia krtani, t. j. nagłośni i więzów nagłośnio nalewkowych (rzadziéj prawdziwych strun głosowych), gładkiego i lśniącego wejrzenia.

1. W roku 1875 opowiadałem na tém miejscu o pannie P., która od roku zapadłszy na nadzwyczaj dokuczliwy kaszel, chrypkę, obfite wykrztuszanie śluzowych plwocin, czasem krwią zabarwionych, coraz bardziéj chudła i przez kilku lekarzy za suchotnicę uważaną bywała. Przy badaniu okazało się rozlegle owrzodzenie całéj górnéj szczęki, zasłonięte szeroką blaszką kauczukową z zębami sztucznemi, któréj chora od roku nigdy nie wyjmowała, rozpulchnione jak gąbka, ciemno zaczerwienione, szaremi cętkami nasadzone podniebienie, połyskujące zarumienienie całego połyku aż do wnijścia krtani, z maleńką na brzegu prawego prawdziwego więzadła głosowego szarą wyżerką wielkości sporéj główki szpilki na tle różowém. Wszelkie lecznicze zabiegi okazały się tak długo bezskutecznemi, dopóki chora, przez próżność wzbraniająca się rozstać z swemi sztucznemi zębami, nie zdecydowała się nareszcie przez dwa tygodnie wcale nie wkładać kosmetycznego przyrządu, poczém płukania i inhalacyje nastoju jodowego z dębianką w krótkim czasie sprowadziły usunięcie jamy ustnéj, połyku i krtani, a wraz z tym wynikiem i zażegnanie kaszlu, pozostawiając lekką tylko szorstkość głosu z powodu nieznacznéj utraty substancyi w dotkniętéj strunie głosowéj. Nauczona dbać odtąd o utrzymywanie ścisłego porządku około zębów swoich osoba ta dotąd pozostaje zdrową.

Szare punkciki na podniebieniu rozpoznane zostały jako pleśnica biaława *(oidium albicans)* a prawdopodobnie i wrzodzik na strunie głosowéj tym samym był wywołany pasorzytem.

2. Pani C., mężatka, lat 42, od dwóch lat cierpiąca napady najgwałtowniejszego kaszlu, napastujące szczególniéj w położeniu poziomém, pozbawiające ją snu i wyczerpujące jéj siły aż do omdlenia prawie, leczona była przez różnych specyjalnych nawet lekarzy, uważających przypady te za hysteryczne, z przemijającą tylko ulgą, do któréj się jeszcze chloral najwięcéj przyczyniał.

Przedmiotowo nie można było u dobrze odżywionéj, otyłéj nawet osoby nic wyśledzić prócz lekkiego, rozlanego, w kilku smugach silniéj występującego zarumienienia całego połyku i wnijścia krtani. Po odłożeniu dopiero sztucznych zębów, których właśnie od dwóch lat używała, objawiło się łekkie owrzodzenie dziąseł na około zębów, w górnéj szczęce silne nabrzmienie i zaczerwienienie całego podniebienia, bezpośrednio przedłużające się w owe ciemno czerwone pasy na tylnéj ścianie połyku a nadto chora przyznała się, że z porady dentysty rzadko kiedy wyjmuje zęby, ażeby nie przeszkadzać dokładnemu przyleganiu blaszki kauczukowéj do podniebienia. Odłożenie zębów przez tydzień i staranna dezinfekcyja jamy ustnéj sprawiły, że napady kaszlu niepowrotnie minęły.

Nad propagowaniem się zapalenia dziąseł z połyku przez trąbkę Eustachego do ucha wewnętrznego nie będę się bliżéj rozwodził, wspomnę tylko, że specyjalista amerykański Saxton *(American Journal of the medicine)* na ty-

sjąc przypadków zajęcia wewnętrznego ucha 600 razy znalazł przyczynę w zębach chorych, co prawie na to samo wychodzi, jak gdyby jéj upatrywał w dziąsłach, ponieważ jedno z drugiém zwykle idzie w parze.

Co do związku przyczynowego zapalenia dziąseł z chorobami ocznemi, również dla braku odpowiednich spostrzeżeń pozostawiam sąd o tém specyjalistom, pominąć wszakże nie mogę przypadku na samym sobie doświadczonego, który nie mało się przyczynił do poświęcenia właśnie etyjologicznemu znaczeniu zapalenia zębów i dziąseł większéj mojéj uwagi. W roku 1877 pojawiło się z niewiadoméj przyczyny na mém lewém oku zapalenie miąższowe rogówki, zwolna od zewnętrznego brzegu prostopadłą liniją postępujące, o którém pierwszorzędne powagi okulistyczne zgodnie orzekły, że niepowstrzymanym pochodem zajmie całą rogówkę. Kiedy już przeszło dwie trzecie téj blony zmętnione były naciekiem i szalone odzywać się zaczęły nerwobóle rzęskowe tudzież w punktach nad i pod oczodołem zauważyłem, że wieczorny wybuch owych bólów zawsze wyprzedzało palenie w dziąsłach dwóch pierwszych górnych zębów trzonowych, pod lewém okiem położonych, z których drugi dawno uległy próchnieniu przed rokiem był plombowany z pozostawieniem wywierconego otworka dla odwietrzania pulpy. Czując instynktowo jakiś związek między tym zębem a nerwobólami dałem wbrew opinii mego lekarza, niepodzielającego zdania mojego, wyrwać plombowany ząb, po czém od 4 tygodni pierwszą noc wolną od bólów spędziłem. We dwa dni późniéj wrócił jednakże jeszcze ból podoczodołowy, anonsowany paleniem dziąseł naokoło pierwszego zresztą zupełnie zdrowego zęba trzonowego. Dopiero po wyrwaniu i tego wprawdzie wcale nieskażonego, ale zapalonemi dziąsłami otoczonego, zęba wszelkie bóle na zawsze zniknęły, rogówka dotąd zupełnie nieczuła odzyskała znów swoją wrażliwość, a sprawa zapalna, bezskutecznie dotąd zwalczana najheroiczniejszemi lekami, zatrzymawszy się w stopniu do którego doszła, zwolna się znów cofać zaczęła, dopuszczając późniéj powierzchownych tylko ograniczonych nacieków na waskularyzującéj się warstwie zewnętrznéj. Chcąc wytłumaczyć związek przyczynowy pomiędzy zapaleniem rogówki a zębami nadmienić mi wypada, że krótko przed wystąpieniem zajęcia ocznego, utrzymując drożność otworu, wywierconego w zębie plombowanym, zauważyłem po zgniłéj woni używanych ku temu celowi wykłuwaczek, że pulpa zębowa uległa martwinie. Być więc może, że wydzielina zgniła, zakrwawiwszy dziąsła chorego i przyległego zdrowego zęba, przez posuwanie się grzybków w kanalikach chłonniczych tkanki łącznéj pochewki odnośnéj gałązki nerwu troistego, sprowadziła zapalenie onejże *(neuritis ascendens)*, które zająwszy daléj gałązkę zaopatrującą wierzch oka i znieczuliwszy rogówkę dało przystęp zaszczepieniu się infekcyi w samym miąższu rogówki. Swoją drogą ustawiczne drażnienie zakończeń nerwu troistego w zapalonych dziąsłach obu zębów drogą zwrotną na nerwy naczynioruchowe rogówki podniecało z jednéj strony posuwanie się sprawy zapalnéj w oku, z drugiéj wywoływało okresowe wybuchy nerwobólów rozpromienionych do otworów nad- i podoczodołowych. Z uśmierzeniem po wyrwaniu obu zębów zapalenia dziąseł zatrzymała się cała sprawa chorobowa.

Mówiąc o związku chorych zębów i dziąseł z okiem pozwalam sobie nareszcie nawiasowo wspomnieć o jednéj okoliczności, że w spostrzeganych przezemnie kilku przypadkach jaskry zastawałem zawsze wielkie spustoszenie zębów i wygórowane zapalenie dziąseł, być może, że odruch na nerwy naczynioruchowe gałki przeniesiony z podrażnionego w szczękach nerwu troistego jest bodźcem i téj jeszcze niedostatecznie wytłumaczonéj sprawy chorobowéj.

Że podrażnienie nerwu troistego w chorych zębach przez rozpromienienie na inne gałązki tegoż nerwu wywołuje nerwobóle głowy, powszechnie wiadomą jest rzeczą. Pragnąłbym wszakże objaśnić jeszcze ten fakt uwagą, że nie tyle sam ząb, ile zapalenie okalających go dziąseł wchodzi tu w rachubę. Każdy bowiem łatwo przekonać się może, że zęby od środka korony próchniejące, tak zwana *caries sicca*, dopóki pulpa nieodkryta, bez żadnych boleści zwolna się wykruszają, a nigdy nie wzbudzają bólów w odleglejszych punktach nerwu troistego. Inna rzecz, jeżeli ząb z boków próchnieje, bo w takim razie zakaża regularnie dziąsła a często i okostnę, z pomiędzy których pierwsze zazwyczaj rwące bóle na okół oka, w czole, skroniach, w uchu, ostatnia miejscowy tylko stały ból wywołują. Jakkolwiek więc ząb próchniejący najważniejszą bywa podnietą zapalenia dziąseł, częstokroć nieustającą, dopóki ząb wyrwany nie zostanie, zdarzają się jednakże zbyt mnogie przypadki, gdzie samo zapalenie dziąseł na okół całkiem zdrowych zębów gwałtowne nerwobóle poniekąd okresowo występujące za sobą pociąga. Spostrzedz to można mianowicie po ostrém zapaleniu dziąseł w skutek niestosownych cukrowych pokarmów na bocznych zębach; w przypadkach przewłocznego zapalenia dziąseł przednich zębów, szczególniéj u starców, występują czasem przepuszczające bóle nad i pod oczodołem, które najszybciéj wyjęciem obruszonych już zębów usunąć się dadzą.

W ogóle wszystkie nerwobóle twarzy, wyjąwszy nader rzadkie przypadki nowotworów w sąsiedztwie gałązek nerwu troistego położonych, odnieść można do zapalenia zębów i dziąseł a przeciw zapaleniu kierując postępowanie lecznicze najłatwiéj nerwobóle usunąć można. Jeżeli mimo zagojenia dziąseł, wymagającego zazwyczaj uprzątnienia odpowiednich zębów, nerwoból trwa uporczywie, przypuścić wypada, że skutkiem zbyt długo trwającego drażnienia nerwu wytworzyły się zmiany w utkaniu jego, dopominające się interwencyi noża chirurgicznego.

Na przytoczenie odnośnéj, powyższe zdanie potwierdzającéj kazuistyki nie starczyłoby tu miejsca.

Zachodzą także przypadki, gdzie śród wygórowanego zapalenia dziąseł pojawiają się nerwobóle pni wychodzących z rdzenia pacierzowego, n. p. nerwów międzyżebrowych, odnóg.

I tak obserwowałem w Zakładzie Sióstr Miłosierdzia kobietę, lat 56 liczącą, cierpiącą na bolesne uczucia lewego boku i silny ból lewego nerwu kulszowego. Nie mogąc znaleźć innych zboczeń prócz silnego zapalenia dziąseł i zepsutych zębów po prawéj stronie szczęki zabrałem się na wstępie do uporządkowania jamy ustnéj, poczém wszystkie bole zwolna ustawać zaczęły. Po 3ch miesiącach wróciła ta osoba żaląc się na też same dolegliwości. Zastawszy nowe nasilenie zapalenia dziąseł, wyjąłem resztę zębów próchniejących a zapalenie to podniecających, poczém w przeciągu tygodnia chora odzyskała zupełne i jak się w dwa lata późniéj przekonałem, trwałe odtąd zdrowie. Nie kuszę się o wytłumaczenie tego zbiegu okoliczności, ale fakt zostaje faktem.

Polem, na którém podrażnienie dziąseł zdoła roztaczać fale odruchu nerwów naczynioruchowych, jest także powłoka skórna. Wiadomo, że u dzieci ząbkujących zachodzą często

wysypki, peryjodycznie powtarzające się a które dawni lekarze do sprawy ząbkowania odnosili. Trudno byłoby przytoczyć na to twierdzenie niezaprzeczalne dowody, przemawia za niém jednak wracanie się téj samej wysypki na twarzy podczas każdego trudniejszego wyrzynania się ząbka. Na poparcie podobnegoż przypuszczenia niech służy następujący przypadek tyczący się osoby dorosłéj. (C. d. n.)

III. IV. Zjazd Lekarzy i Przyrodników polskich w Poznaniu.

Dzień otwarcia zjazdu zbliża się. Nie już tygodnie, ale dni rozdzielają nas od chwili, gdzie przyjmować będziem gości. Coraz więcéj mnożą się oznaki, że przyszły Zjazd zgromadzi w stolicy Wielkopolski licznych i znakomitych przedstawicieli nauk lekarskich i przyrodniczych z całéj Polski.

Materyjał naukowy nagromadził się tak obfity, że przychodzi nam chyba stawić sobie pytanie już nie, czy i czém się wypełni czas oznaczony dla zjazdu, ale raczéj, czy czas ten wystarczy, ażeby zużytkować to, co dla zjazdu pod względem naukowym przeznaczono.

Sądzimy atoli, że już przewidziane dość liczne sekcyje, które równocześnie będą mogły odbywać posiedzenia, a może i inne jeszcze, jeżeli się z grona tamtych wydzielą, należycie zużytkują materyjał zapowiedziany.

Ostateczny termin do zgłoszenia się z odczytami, naznaczony na dzień 15 maja, przysporzył nam dużo nowych odczytów. Dalsze zaś, jakieby jeszcze miały być zapowiedziane, będą o tyle tylko uwzględnione, o ile czas zjazdu na to pozwoli, lub poprzednio zgłaszający się prelegenci ustąpić zechcą pierwszeństwa późniejszym.

W ostatnich dwóch tygodniach zapowiedzieli następujący panowie odczyty:

87. Dr. Michał Kępiński, okulista z Warszawy (a nie ze Sosnowic): II odczyt: „O leczeniu zapalenia ziarnistego łącznicy".

88. Dr. Czarnecki, z Kościerzyna, Prusy Zachodnie: „O zadaniach policyi lekarskiéj po małych miastach".

89. Dr. Wlazłowski z Pszczewa: „O zająkaniu".

90. Tenże: Przedłoży i objaśni raka jajnika i ostrzewny.

91. Prof. Dr. Obaliński z Krakowa: Nowsze wskazania do uretrotomii zewnętrznéj.

92 Dr. Józef Kniaź Puzyna — Berlin: „Przyczynek do teoryi obliczenia symbolów nieoznaczonych."

93. Dr. F. Guliński w Kamieńcu Podolskim: „Róża u położnic."

94. Doc. dr. Jaworski: II odczyt: „Porównawcze badania doświadczalne nad zachowaniem się nowéj soli z wody karlsbadzkiéj w przewodzie pokarmowym."

95. Tenże: — III odczyt: „Studyum kliniczne nad trawieniem istot białkowatych pod wpływem wody karlsbadzkiéj."

96. Pan Wład. Jażdżewski, mecenas w Poznaniu: „O malowanych naczyniach grobowych po lewym brzegu Warty."

97. Dr. Kazimierz Szulc z Poznania: „Etnograficzne oznaczenie grobów kościotrupowych w krajach na południe od Bałtyku."

98. Dr. Szrant. Pniewy: „O hygienie wiejskiéj."

99. Prof. dr. Blumenstok, Kraków; „Z dziedziny psychiatryi sądowéj.

100. Dr. Józef Stanisław Konic. kand. nauk. przyr. uniw. warsz. Ratowo. 1) (sekcya chemiczna farmaceutyczna) „Dalsze poszukiwania nad widmami absorbcyjnemi węglowodorów aromatycznych i eterów tłuszczowych."

101. Tenże — 2) „Kilka uwag nad zależnością widm od budowy wewnętrznéj ciał organicznych."

102. S. M. Roguski, Wrocław: „O mechanicznem wytwarzaniu prądów elektrycznych."

103. Dr. Ferd. Obtułowicz, lekarz powiatowy w Buczaczu na Podolu galicyjskiém: „O dyfteryi."

Dawniéj już zapowiedzianych odczytów podali temat następujący panowie:

1. Dr. Łaskiewicz Friedensfeld: „O własnych próbach leczniczych z nowym środkiem nasennym paraldehydem i porównawczéj działalności skuteczniejszych środków nasennych w ogóle."

2. Dr. Jendl Sausenhofen Ignacy c. k. lekarz powiatowy w Starém Mieście w Galicyi: O stosunkach hygienicznych górniczych klas ludności w Galicyi."

Ogólna zatém ilość odczytów wzrosła przed upływem ostatecznego terminu do liczby 103.

Wydawanie kart udziału przybrało już wielkie rozmiary. Z powodu licznych zapytań nadmieniamy, że panie, towarzyszące uczestnikom zjazdu, bezpłatnie wziąść mogą udział w przyjemnościach i wycieczkach zjazdu.

Dla ułatwienia nabywania kart uczestnictwa członkom zakordonowym, uprosił wydział następujących panów do pośredniczenia w rozsprzedaży kart: dra Fritschego, redaktora „Medycyny" w Warszawie, doc. dra Grabowskiego w Krakowie, dra Żulińskiego we Lwowie, doc. dra Chodounskyego w Pradze.

To téż upraszamy tych panów, którzy pragną wcześnie zaopatrzyć się w karty, ażeby udali się albo do skarbnika, p. dra Jarnatowskiego w Poznaniu, albo téż, gdy to dogodniéj, do którego z wymienionych panów. **Karty zaś legitymacyjne kolejowe** dla dróg żelaznych warsz.-wied. i warsz.-bydg. wyda na żądanie skarbnik zjazdu, albo téż pan dr. Fritsche w Warszawie tym członkom, którym drogami temi do Poznania przybyć wypadnie.

Dyrekcya kolei Karola Ludwika. która swego czasu przyrzekła była obniżyć opłatę przewozową dla uczestników zjazdu, w ostatniéj chwili przyrzeczenie to cofa, i to, jak podaje, z powodu niepozyskania upoważnienia władzy wyższéj (*Ob Mangel behördlicher Genehmigung*). Również odmowną odpowiedź nadesłała na dawno już w tymże celu zrobione podanie wydziału gospodarczego północna kolej czeska (*Böhmische Nordbahngesellschaft*), ostatnia bez podania powodu téj odmowy.

Program ostateczny zjazdu już został wygotowany i będzie częścią rozesłany zgłaszającym się lekarzom i przyrodnikom, częścią wręczony w biórze każdemu z uczestników pod czas zjazdu.

W czasie zjazdu wychodzić będzie „Dziennik IV Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich," w którym podawane będą sprawozdania z posiedzeń ogólnych i oddziałowych, wykłady z posiedzeń ogólnych, treść wykładów oddziałowych. Również umieści „Dziennik Zjazdu" wszelkie wiadomości, odnoszące się do Zjazdu i małéj wystawy przyrodniczo-lekarskiéj. Dziennik ten otrzymywać będą członkowie Zjazdu bezpłatnie, dla innych osób oznaczy się późniéj stósowną cenę prenumeraty. Redakcyą dziennika objął p. dr. Kusztelan, dyrektor „Westy" do którego téż we wszystkich odnośnych sprawach (inseraty, prenumerata, umieszczanie artykułów i t. d.) odnieść się wypada.

Upraszamy wszystkich członków zjazdu, ażeby wcześnie zgłaszali się do bióra z oświadczeniem się, czy chcą w ogóle mieć zamówione mieszkania, jakie mieszkanie, czy w hotelu lub domu prywatnym.

Wcześnie zgłaszającym się będą mieszkania, o ile starczą te, które komisya kwaterunkowa wydziałowi gospodarczego zdołała pozyskać dla swych gości, bezpłatnie udzielane.

Zarząd Towarzystwa Przyj. Nauk doniósł na stósowne podanie wydziału gospodarczego, że muzeum we wszystkich działach swoich w czasie zjazdu stać będzie bezpłatnie otworem dla wszystkich uczestników zjazdu.

Do wiadomości podajemy wreszcie, że firma tutejsza fotograficzna p. Rivoli postanowiła wykonać obraz przedstawiający w stósownem ugrupowaniu wszystkich członków zjazdu.

W tym celu odniosła się taż firma do wydz. gospodarczego, życząc sobie poparcia prośby swéj, ażeby każdy z uczestników dostarczył stósownéj swéj fotografii, albo pozwolił zdjąć swój portret, co przy udoskonalonych aparatach mimo możliwego napływu uczestników zjazdu będzie mogło szybko się uskutecznić. (Zdjęcie portretu w celu ugrupowania ogólnego nie pociągnie żadnych kosztów dla dających się fotografować).

Dr. B. Wicherkiewicz,
przew. wydz. gospod. IV Zjazdu lekarzy
i przyrodników polskich w Poznaniu. [1])

[1]) Szanowne Redakcyje pism polskich uprasza się o łaskawe powtórzenie powyższéj wiadomości.

Program IV Zjazdu Lekarzy i Przyrodników polskich w Poznaniu.

Od dnia 31 maja oczekują gości na dworcu członkowie Wydziału gospodarczego i młodzież. Goście udają się do biura, gdzie odbierają program Zjazdu, bilety kwaterunkowe, przewodnika i album miasta Poznania, oraz odznaki. Tamże przez cały czas Zjazdu będzie urządzony sekretaryjat, kasa i redakcyja wraz z ekspedycyją *Dz. Zjazdu*. Biuro to znajduje się w Bazarze na salce od Wilhelmowskiéj ulicy, zajazd i wejście od od téjże; otwartém będzie począwszy od d. 31 maja od rana do północy aż do ostatniego dnia Zjazdu.

Wieczorem d. 1 czerwca zebranie towarzyskie w Bazarze dla wzajemnego poznania się. — D. 2 czerwca o g. 9 rano nabożeństwo w kaplicy królewskiéj w kościele katedralnym. O g. 11 zebranie ogólne w teatrze z następującym porządkiem: 1) otwarcie Zjazdu przez przewodniczącego Wydziału gospodarczego; 2) wybór prezesa, wiceprezesów i sekretarzy ogólnych posiedzeń Zjazdu; 3) Prof. Szokalskiego wykład o badaniu i obserwacyi przyrodniczéj porównawczo u nas i w innych krajach; 4) Dra Krówczyńskiego ze Lwowa: o wpływie odziedziczania na życie indywidualne i narodowe; 5) wnioski co do miejsca i czasu V Zjazdu lekarskiego i przyrodników polskich; 6) wnioski, a mianowicie wniosek Dra Jaworskiego w sprawie założenia czasopisma wyłącznie dla prac czysto doświadczalnych w zakresie wszystkich nauk lekarskich, a równocześnie i organu Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich. — O g. 3 zbierają się sekcyje a mianowicie:

1. Sekcyja chirurgiczna na salce posiedzeń Towarzystwa przyjaciół nauk, Młyńska ulica 35. Zagai Dr. Matecki.
2. Sekcyja medycyny wewnętrznéj na salce hotelu Francuzkiego. Zagai radca Dr. Kaczorowski.
3. Sekcyja akuszeryi i ginekologii w foyer teatru. Zagai Dr. Jarnatowski.
4. Sekcyja oftalmologiczno-otologiczna w klinice ookulistycznéj, św. Marcin. Zagai Dr. Wicherkiewicz.
5. Sekcyja psychijatryi, higijeny, medycyny sądowéj i publicznéj na sali pałacu Działyńskich, obecnie hr. W. Zamojskiego, Stary Rynek 78. Zagai Dr. Osowicki.
6. Sekcyja antropologii i archeologii w salach zbiorów archeologicznych Tow. przyjaciół nauk. Zagai pan Władysław Jażdżewski.
7. Sekcyja geologii, mineralogii, botaniki i zoologii w Bazarze na sali Koła towarzyskiego. Zagai prof. Dr Szafarkiewicz.— Sekcyja ta odbędzie dnia 3 czerwca po południu wycieczkę do Żabikowa.
8. Sekcyja matematyczno-fizyczna na małéj sali w Bazarze. Zagai radca Dr. Milewski.
9. Sekcyja chemiczno-farmaceutyczna w lokalu Towarzystwa przemysłowego, Stary Rynek 58. Zagai Dr. May.
10. Sekcyja przyrodniczo-rolnicza w lokalu redakcyi „Ziemianina“, św. Marcin 28. Zagai p. Stanisław Żółtowski.

Wykłady na sekcyjach idą tym porządkiem, w jakim były zapowiedziane, z têm przecież zastrzeżeniem, że wykłady członków Zjazdu miejscowych i w ogóle z Księstwa, dopiero po wyczerpaniu wszystkich innych, przychodzą na porządek dzienny. Posiedzenia sekcyjne w pierwszym dniu kończą się o g. 5. O g. 6 wspólny obiad. O g. 8 koncert w ogrodzie p. Trypolskiego.— D. 3 czerwca. O g. 9 przed południem rozpoczynają się posiedzenia sekcyj — po obiedzie o g. 3. Wieczorem bal dany przez obywateli polskich miasta Poznania.—D. 4 czerwca. O g. 9 posiedzenia sekcyj. O g. 3 posiedzenie ogólne z następującym porządkiem dziennym: 1) wybór miejsca i czasu na V Zjazd lekarzy i przyrodników polskich; 2) Prof. Szokalski: o Jędrzeju Sniadeckim, a mianowicie o wpływie teoryi jestestw organicznych na ogólny rozwój bijologii społecznéj; 3) Dr. Rakowski: o tajemnicy życia; 4) wnioski członków i uchwały; 5) zamknięcie Zjazdu przez przewodniczącego Wydziału gospodarczego. Wieczorem przedstawienie w teatrze. — D. 5 czerwca Wspólna wycieczka do Gniezna, Inowrocławia, Kruszwicy resp. Krotoszyna pod Barcinem.

Dr. B. Wicherkiewicz, przewodniczący. *Dr. Jarnatowski,* skarbnik. *Dr. Osowicki* sekretarz.

Aż do chwili zamknięcia numeru nie umiemy jeszcze podać dokładnie liczby lekarzy i przyrodników ztąd na Zjazd udać się mających. Jak z natury rzeczy wypływa, liczba ta aż do ostatniéj chwili oznaczyć się nie daje, bo niejeden wahający się zdecyduje się jeszcze, a niejeden pomimo najlepszego zamiaru może doznać nagle przeszkody. Jak dotąd wybierają się ztąd do Poznania: prezes Akademii Majer, prof. Madurowicz, Rydel, Mikulicz, Obaliński; Wydział lekarski reprezentować będzie prof. Rydel, towarzystwo lekarskie nasze prezes Dr. Kwaśnicki, a redakcyję Przeglądu redaktor lub kol. Grabowski.

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

VIII. Posiedzenie zwyczajne z dnia 7 maja 1884 r.

Przewodniczący kol. Kwaśnicki. Członków obecnych 27. Jako goście obecni: Prof. zoologii w Uniw. Jagiell. Dr. Nowicki, Dr. Kniaziołucki i botanik p. Raciborski z Krakowa, oraz p. Adolf Gasch obywatel z Kaniowa.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i bez zmian przyjęto.

2) Prof. Dr. Nowicki miał rzecz o chorobie, która wygubiła karpia w stawach Kaniowa, zasycanych wodą granicznéj rzeczki Białki. Okazał przytém kilka trupów ztamtąd, z których jeden był jeszcze suto porosły pasorzytnemi grzybkami 3 zaś inne miały już tylko wielkie rany na sobie tam, gdzie przedtém znajdowały się grzybki; wszystkie te okazy były pozbawione naskórka. Nadto przedstawił pod mikroskopem sporządzone przez p. Raciborskiego preparaty samych grzybków w okresie owocowania, mianowicie: *a*) *Saprolegnia monoica Prings.*, który pierwszy opada karpia, *b*) *Achlya* n. sp., pojawiający się jedynie na miejscach poprzednio przez saprolegnię zajętych i schorzałych, *c*) *Leptomitus lacteus Ag.*, występujący najpóźniéj, a po kilkodniowéj walce o miejsce i pokarm przygłuszający poprzednie gatunki. Podobne choroby ryb występują od czasu do czasu w rozmaitych okolicach kraju [1]) i za granicą, ale hodowcy już to przemilczają o nich z indolencyi, już téż umyślnie je zatajają z obawy przed zdyskredytowaniem u kupujących od nich ryby. Z téjto przyczyny rzadko kiedy dostaną się badaczom chore ryby i to już nadgniłe, na których w najlepszym razie można rozpoznać chorobę li w jedném jéj okresie. Nadto nie ma jeszcze dla ryb przepisów sanitarno-policyjnych, więc téż choroby ryb przemijają w cichości nie tylko bez korzyści dla nauki i praktyki, lecz także z dotkliwą stratą materyjalną dla hodowców, a bodaj czy i nie ze szkodą dla zdrowia tych, którzy chore ryby spożyli. Nie dziw zatém, że geneza i istota chorób ryb dotąd jeszcze nie zostały dokładnie rozpoznane i znajdujemy w tym względzie w literaturze tylko urywkowe szczegóły dotyczące pewnych przypadków. Zarazę na raki tłumaczy Dr. Leukart w swéj najnowszéj pracy: *„Die Krebspest,“* saprolegnijami, z czegoby wynikało, że jest ona analogiczną chorobie grzybicowéj (*Mycosis*) karpia; stwierdzić tego jednak u nas było dotąd niemożebném, gdyż z jednéj strony nie można doprosić się przysłania chorych raków, z drugiéj zaś strony nie ma funduszu na poszukiwania takich raków po kraju na chybił trafił. Obecny na posiedzeniu jako gość p. Gasch z Kaniowa, był na tyle odważny i sumienny, że nie zataił dostrzeżonéj u siebie choroby na karpia, która go srodze dotknęła, lecz zawiadomił o niéj władzę i sprowadził komisyję na miejsce, aby się naocznie przekonała o zniszczeniach przez chorobę zrządzonych; w téj komisyi uczestniczył także lekarz Dr. Bogdanik, który dokonał sekcyj na licznych karpiach. Następnie p. Gasch zaprosił prelegenta, aby do niego przybył i klęsce się przypatrzył. Życzeniu jego stało się zadość, a Dr. Nowicki doznał przykrego uczucia na widok licznych trupów i dopiero ginących karpi, porosłych bujnie grzybkami i okrytych ranami na kadłubie. Wiele z tych karpi, które były dorodnemi kroczkami,

[1]) Dr. Wierzejski, o chorobach ryb. (Okólnik N. 1 Tow. ryb. z r. 1881 s r. 29).

miało skrzele pobladłe albo jeszcze czerwone, ale grzybkami zajęte; z poddanych sekcyi, dwa okazały zabarwioną wątrobę, a kilka wybroczyny. Z uwagi na to, że zdaniem p. Gascha woda Białki, zanieczyszczana odpływami z 45 fabryk w miastach Biała i Bilsko, przyprawia ryby o chorobę i utratę odporności, pojechał z prelegentem także profesor chemii Dr. Olszewski, obejrzał wodę stawów i Białki aż po Białę i wskazał dwa miejsca w rzece, zkąd ma być woda zaczerpnięta i jemu do rozbioru chemicznego nadesłana, celem przekonania się, czy i co szkodliwego dla ryb zawiera; zarazem Dr. Olszewski przejrzał dwie analizy przez innych chemików dla p. Gascha dokonane. Na kilku karpiach z Kaniowa nadesłanych profesor Dr. Browicz był tak uprzejmym dokonać sekcyj i badać zmiany patologiczne w trzewach, prócz tego polecił chore karpie posłać także profesorowi patologii Dr. Bollingerowi w Monachijum do zbadania, co też p. Gasch uczynił. W tym samym celu jakoteż dla próbnego leczenia chorych karpi przyjął także Dr. Walentowicz z uprzejmą gotowością kilka okazów. Botanik zaś p. Raciborski jeździł do Kaniowa dla poznania flory stawowéj i podjął się zbadania grzybków, przeprowadzenia ich kultury i prób przeszczepiania na ryby zdrowe. Taki jest dotychczasowy przebieg sprawy w mowie będącéj i przedwstępnych zabiegów. Rozpoznanie przyczyn chorób ryb i obmyślenie środków zaradczych przez uczonych zawodowych stałoby się wielkiém dobrodziejstwem dla hodowców ryb na całéj ziemi, dla tego „niech mi wolno będzie Wam Panowie, którzyście się ochoczo podjęli tego mozolnego zadania dla dobra powszechnego, złożyć za to najpowinniejsze podziękowanie, a zarazem wyrazić gorące życzenie, aby Wam się udało rozwiązać szczęśliwie zagadkę i tém zyskać sobie w dziedzinie nauki i praktyki rozgłośną sławę, któraby przez Was przeszła i na naszą poważną *Alma mater*."

W dyskusyi zabierali głos kol. Browicz, Walentowicz, i p. Gasch.

3) Kol. Jaworski odczytał dokończenie swéj pracy o nowéj soli karlsbadzkiéj.

W dyskusyi zabierali głos koll. Korczyński, Gluziński i Schaitter.

Na tém pesiedzenie zakończono. *Dr. Szymkiewicz.*

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 4—10 maja umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 26,7. Z ospy umarło 2 (9 z. t.); z płonicy 0 (3 z. t.); z błonicy 1 (0 z. t.); z krztuśca 0 (2 z. t.); z duru brzusznego 0 (1 z. t.); z róży 1 (0 z. t.); z kiły 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 5 przypadkach ospy, 1 odry, 2 duru osutkowego. W tygodniu od 27 kwietnia do 3 maja umarło z ospy w Odesie i Granadzie po 1, w Warszawie, Wiedniu, Petersburgu, Lizbonie i Cincinati po 2, w Paryżu, Brukseli i Murcyi po 4, w Bombayu 8, w Nowym Orleanie 13, w Pradze 31, w Madrasie (od 21—29 lutego) 254. Z duru umarło w Zurychu 21 w Genewie, w Genewie 7. Z cholery umarło w Bombayu (od 2—8 kwietnia) 3, w Madrasie (od 23—29 lutego) 23.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 27 kwietnia do 3 maja umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców w Krakowie 54,2; w Warszawie 30,7; w Wiedniu 33,9; w Pradze 32,8; w Tryjeście 32,6; w Berlinie 23,5; we Wrocławiu 27,4: w Hamburgu 24,7; w Gdańsku 22,3; w Mnichowie 32,7; w Dreźnie 25,3; w Lipsku 24,7; w Genewie 36,8; w Brukseli 26,7; w Amsterdamie 24.2; w Paryżu 26,8; w Kopenhadze 20,8; w Stokholmie 26,3; w Chrystyjanii 19,3; w Petersburgu 47,0; w Odesie 41,2; w Wenecyi 25,6; w Bukareszcie 22,9; w Lizbonie 30,0; w Aleksandryi 31,6; w Madrasie 76,5.

J. B.

Śmiertelność we Lwowie (liczącym 115.544 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). zmarło od 27 kwietnia do 3go maja r. b. 91 osób, co odpowiada śmiertelności na rok i 1000 mieszkańców 41·0. W tym czasie zmarło: 1 osoba z ospy, 1 z płonicy, 2 z krztuśca, 4 z duru brzusznego, 3 z duru wysypkowego.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 22 maja. JE. p. Minister Oświecenia wystosował do Wydziału lekarskiego reskrypt następującéj treści:

L. 7266. W ostatnim czasie zdarzyły się liczniejsze przypadki, w których lekarze zagraniczni prosili o pozwolenie wykonywania praktyki lekarskiéj w Austryi, a względnie o nostryfikacyję swych dyplomów doktorskich, uzyskanych na wszechnicy zagranicznéj.

Aby wobec takich starań nie dopuścić zbyt łagodnego, okolicznościami nieuzasadnionego traktowania i aby w ogóle w sprawie nostryfikacyi zagranicznych lekarskich dyplomów doktorskich ustalić we wszystkich wszechnicach austryjackich postępowanie jak najbardziéj zgodne, upraszam kolegijum profesorów, aby w załatwianiu podań o nostryfikacyję stosowało się dokładnie do przepisów obowiązujących w téj mierze ustaw, w szczególności do reskryptu ministeryjalnego z d. 6 czerwca 1850 L. 4513, aby w ocenianiu studyjów wstępnych i uniwersyteckich o nostryfikacyję proszących postępowało z odpowiednią surowością, a wreszcie i pod względem wniosków co do wyjątkowego uwolnienia od poszczególnych lub wszystkich egzaminów ścisłych kierowało się rygorem wskazanym z powodu, że rygoroza lekarskie w A.stryi mają zarazem cechę egzaminów rządowych.

W sprawie studyjów wstępnych powołując się także na szczegółowo w tym kierunku wydane rozporządzenia ministeryjalne z d. 31 marca, 15 i 28 czerwca 1881 L. 2909, 8301 i 9053 (Zbiór ustaw uniwersyteckich Schweickhardta, pag. 759 i 760) a wreszcie w sprawie wydawania cudzoziemcom dyplomów doktorskich przypominając obowiązujący reskrypt ministeryjalny z d. 24 września 1854 L. 13,567, dodaję, że Ministerstwo spraw wewnętrznych zastrzegło sobie, iż pozwolenia do wykonywania praktyki lekarskiéj w Austryi wtedy tylko udzielać będzie lekarzom za raniczny m, jeżeli uczynią zadosyć wszystkim odnośnym warunkom prawnym, a w szczególności wykażą poprzednio, że uzyskali obywatelstwo austryjackie.

Wiedeń d. 30 kwietnia 1884.

Minister wyznań i oświecenia

(podpisano:) *Conrad-Eybesfeld.*

Reskrypt powyższy odnosi się zapewne do wszystkich Wydziałów lek. austryjackich a wywołany został podaniem naraz kilku lekarzy niemieckich, wystosowaném do Wydziału lek. w Wiedniu o nostryfikacyję. W Nrze 14 Przegl. Lek. wspomnieliśmy, że Wydział wiedeński prośbę tę odrzucił a nadto odniósł się do Ministerstwa Oświecenia z prośbą, aby zwróciło uwagę reszty Wydziałów lek. na potrzebę ścisłego przestrzegania obowiązujących przepisów i niepowodowanie się pobłażliwością niewskazaną dopóty, dopóki zagranicą wzajemność w téj mierze istnieć nie będzie. Wydział lekarski krakowski jeszcze przed otrzymaniem powyższego reskryptu odrzucił prośbę pewnego lekarza zagranicznego o nostryfikacyję dyplomu.

* N. Pan postanowieniem z d. 6 bm. i r. zezwolił wyjątkowo, aby tym galicyjskim kolegom powiatowym, którzy w r. 1878 śród organizacyi publicznéj służby, spędzone w charakterze tymczasowych lekarzy powiatowych, przy wymiarze emerytury, jakoteż pensyj dla ich wdów i sierot.

Tym sposobem łaska monarsza rozstrzygnęła na korzyść lekarzy powiatowych kwestyję dotąd sporną i jakkolwiek żadna ustawa nie działa wstecz, nie omieszkają zapewne do téj łaski odwołać się i te wdowy po lekarzach powiatowych, które w ostatnich kilku latach odsądzone zostały od pensyi z powodu, że mężowie ich nie służyli przez lat 10 na stanowisku ściśle urzędowém.

* Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego kol. Jordan mówił o postępowaniu przeciwgnilném w położnictwie, pocém w kwestyi téj żywa wywiązała się dyskusyja.

* W Cieplicach czeskich według nadesłanego nam wykazu do d. 11 bm. było gości 331.

* Z listu pisanego przez szanownego współpracownika naszego Dr. W. Jabłonowskiego do Prezesa Towarzystwa lek. krak. wyjmujemy następujące doniesienie:

Stambuł 13 maja 1884 r.

Kochany Kolego!

„Nareszcie udało mi się zająć nową pozycyję, zostałem

bowiem przyjęty do służby sanitarnéj międzynarodowéj i za dni kilka rozpoczynam moją czynność. Tutejsza intendentura wysyłając misyję naukowo-higijeniczną do Syryi, postawiła mnie na jéj czele. Z pensyją 40 funtów miesięcznie i kosztami podróży (15 piastrów na godzinę) udajemy się najprzód na archipelag Sporadów, dla wyszukania tam miejsca na stacyję sanitarną. Daléj zwiedzimy cały pas wschodni Syryi, przebiegniemy dolinę Eufratu, dotrzemy do Bagdadu i nawet do granicy turecko-perskiéj. Misyja ta potrwa kilka miesięcy, a nawet może i lat parę, po których, kto podoła, ten powróci do starego europejskiego chaosu. Oto nowina, którą dzielę się z kolegą. Dla mnie podobna misyja przedstawia szczególny jakiś powab. Okolica, którą wypadnie mi przebyć i gdzie rozwiniemy swoją czynność, jest mi już znaną, wiem zatém, z jakiemi trudnościami będę miał do walczenia. To wszystko nie zraża mnie wcale, a będąc trochę fatalistą, powiadam sobie, że wszystko mi jedno, gdzie się łbem nałoży. Ztąd więc ruszam na moje stanowisko dalekie i niebezpieczne w dobréj otusze. A jeżeli przyjdzie mi zakończyć moją karyjerę tam, gdzie ją rozpocząłem, to już w rękach „Kesmetu", i tém się tylko pocieszam, że z większém dziś doświadczeniem, być może, że choć już na schyłku włóczęgostwa po świecie, stanę się pożytecznym dla cierpiącéj ludzkości. Czy powrócę z kampanii? czy się zobaczemy? to pytania nie do rozwiązania. Wzmacniam się wszakże nadzieją i powiadam sobie: być może i bodajby. Nie zaniecham jednak korespondencyj. Poszlę koledze wiadomość każdym razem, gdy się nastręczy sposobność."

W wyprawie téj zmudnéj a nie wolnéj od niebezpieczeństw towarzyszą szan. Koledze najserdeczniejsze życzenia nasze oraz wszystkich czytelników, którzy dzięki jego gorliwości mieli sposobność zapoznania się ze stosunkami lekarskiemi Wschodu, niemniéj życzenie wychowańców szkoły naszéj lekarskiéj, których jest dobrodziejem, przeznaczając rok rocznie honoraryjum przypadające sobie za rozprawy w Przeglądzie drukowane na ich księgozbiór. Spodziewamy się, że szan. kolega i w nowym swym zawodzie nie zapomni o czytelnikach Przeglądu Lek. i zechce nadal zasilać nas cennemi swemi korespondencyjami i spostrzeżeniami, liczymy na dalsze jego współpracownictwo a wynurzając tę nadzieję jesteśmy tylko tłumaczami życzeń całego koła naszych czytelników.

W dzienniku francuskim w Stambule wychodzącym, znajdujemy wiadomość bardzo pochlebną o naszym rodaku i współpracowniku. Dr. Jabłonowski mając sobie dodanego Dra Meleziana wysłany zostaje przedewszystkiém do Bagdadu, celem badania dżumy. Wyjeżdża on w przyszłą środę naprzód do Aleksandrety.

* Przewodnika gimnastycznego (organu Towarzystwa gimn. „Sokół" we Lwowie) Nr. 5 z Maja r. b. opuścił prasę. Treść: Medycyna i gimnastyka. — Zarys ćwiczeń na skoczni (ciąg dalszy). — Sprawy Towarzystwa gimnastycznego „Sokół". — Sprawy Towarzystw gimnastycznych zagranicznych. — Kronika. — Biblijografija.

* **Odznaczenia.** Prof. Gussenbauer w Pradze otrzymał order korony żelaznéj 3éj klasy a lekarz przyboczny zmarłéj Cesarzowéj Dr. Ehmig tenże order klasy 2éj.

* **Wiadomości osobowe.** Stopień Dra w. nauk. lek. w Uniw. Jagiell. uzyskał p. Wacław Jan Damski rodem z Wieprza w Galicyi.

* **Nekrologija.** W Paryżu umarł sławny chemik i prof. Wurtz, urodzony w Strasburgu w r. 1817 a od r. 1867 członek Akademii.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 19 i 20: Dobrzyckiego: Przypadek ostrego otrucia fosforem, dokonanego w połowie roku zeszłego z następstwami aż do dziś dnia trwającemi (c. d. i dok.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 20: Rydygiera: Nowy sposób wypiłowania stawu biodrowego; Goldflama: Czy *paralysis spinalis spastica* istnieje jako samodzielna forma nozologiczna (dok.); — Filipowa: Tlen i ozon jako środki lecznicze (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

T. INOUYE (w Tokio w Japonii): Privat-Augenkinik. Bericht über das Jahr 1883 in 8vo str. 17.

Broszurka w każdym razie ciekawa, już z powodu, że pochodzi z Tokio, napisana po niemiecku przez lekarza niewiadomego pochodzenia. Druk czcionkami łacińskiemi, brak czcionek odpowiadających literom niemczyźnie tylko właściwym, korekta zła i niektóre błędy językowe przemawiają za tém, że autor nie jest niemcem i że sprawozdanie odbite zostało w Japonii. Prócz opisu zakładu samego i wykazu statystycznego chorób w zakładzie leczonych znajdujemy kilka historyj choroby, krótko zestawionych. Najciekawszą jest wiadomość, że autor sprawozdania z chorymi zgłaszającymi się do zakładu zawiera kontrakt pod warunkami rozmaitemi w miarę rokowania.

M. P. CHAPOTEAUT: Sur un glucoside du Boldo. (Osobne odbicie z rozpraw Akademii Umiejętn. w Paryżu), in 8vo str. 2.

Dr. C. CHYZER: Czigelka Ludwigsquelle, Budapest 1884, in 8vo str. 16.

* Na fundusz wdów i sierot przy Tow. Lek. gal. istniejący złożył Dr. Jaworski część przypadającego mu honoraryjum za artykuły w Przegl. Lek. w r. 1883 ogłoszone w kwocie 17 złr. 66 ct.

Do Nru dzisiejszego dołącza się Wiadomość o gazowych wodach lekarskich sztucznych mineralnych w Zakładzie fabrycznym Karola Rzący w Krakowie.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:				
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 31 maja 1884. **№ 22.** **Rok XXIII.**

I. Z kliniki okulistycznéj prof. Dra Rydla.

Sprawozdanie statystyczne z ruchu chorych kliniki okulistycznéj Uniw. Jagiell. za lata 1877—1882, i z wykonanych w tym czasie operacyj.

Podał Dr. E. Machek,
docent w Uniw. Jagiell. i b. asystent kliniki okul.

Sprawozdanie obejmuje czas od pierwszego stycznia 1877 do 31 grudnia 1882 roku, a więc przeciąg lat sześciu i dotyczy chorych leczonych w klinice stałéj i ruchoméj. W tym czasie leczono ogółem 8.713 chorych, u których rozpoznano 10.228 chorób. Uwzględniając dłuższy przeciąg czasu objętego sprawozdaniem tudzież znaczną liczbę chorych i chorób, nie można odmówić wartości datom statystycznym, zestawionym nie bez trudu, a to tém bardziéj, że zebrane są z ścisłością naukową i dotyczą kraju, który w statystyce okulistycznéj należytego dotąd nie znalazł uwzględnienia.

W części szczegółowéj, którą osobno ogłosimy, będzie mowa o pewnéj przynajmniéj części spostrzeżeń zrobionych w klinice w wyżéj wymienionym okresie czasu. Dotyczą one 1. zaćmy i operacyi téjże i 2. chorób spojówkowo-rogówkowych.

Wielki materyjał liczb ujęto w wykazy, z których pierwszy, drugi i czwarty zestawiono na wzór tablic statystycznych umieszczonych w redagowanym przez prof. Michla roczniku: *Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte im Gebiete der Ophthalmologie, begründet von Nagel.* Pewną część dat, aż po rok 1881, podano już w jedenastym roczniku pomienionego pisma, które obejmuje statystykę główniejszych zakładów okulistycznych Europy i Ameryki północnéj. Takim sposobem materyjał kliniki okulistycznéj krakowskiéj wszedł już częściowo w statystykę naukową. Ułatwia to porównanie naszego zakładu z zakładami zagranicznemi, które, jak z toku rzeczy wyniknie, pod wieloma względami, a szczególnie pod względem wyników operacyjnych nie wypada bynajmniéj na niekorzyść naszą i powiększa w ogólności wartość statystyki, która z wielkością liczb wzrasta. Oprócz liczb w wykazach rozmieszczonych znajdzie czytelnik w toku rzeczy całe szeregi dat statystycznych, które nie znalazły miejsca w wykazach roczników Nagla a mają pewną wartość naukową.

Wykaz I.

Liczba chorych.

	1877	1878	1879	1880	1881	1882	Razem
W klinice stałéj i ruchoméj	1273	1391	1395	1488	1560	1606	8713
W klinice stałéj	150	168	178	178	207	216	1097
W „ ruchoméj	1123	1223	1217	1310	1353	1390	7606
W klinice stałéj pozostawali chorzy dni	—	—	—	5524	—	6556	—
Średnio pozostawał chory w klinice stałéj dni	—	—	—	31·03	—	30·30	—

Ogólna liczba chorych leczonych w klinice stałéj i ruchoméj wzrasta z każdym rokiem średnio o 66 chorych. W roku 1882 przypadło średnio na jeden miesiąc 160 chorych takich, którzy porady lekarskiéj w klinice po raz pierwszy szukali; zgłaszało się więc codziennie pięciu albo sześciu nowych chorych. Większa część tychże leczy się w klinice ruchoméj, przychodząc w oznaczonych godzinach przez przeciąg kilku dni lub tygodni według natury i ciężkości przypadku. Zaniedbane lub uporczywe przypadki leczy się miesiącami. Zdarzają się i tacy chorzy, którzy z pewnemi przerwami całe lata są gośćmi kliniki ruchoméj. Bądź dla braku cierpliwości, bądź zmuszeni pracować na utrzymanie, przestają się leczyć, jeżeli uczują ulgę w cierpieniach, a zgłaszają się znowu, jeżeli się pojawi zaostrzenie choroby. Podobne stosunki napotykamy we wszystkich zakładach dla chorych na oczy. Z powodu uczęszczania chorych do kliniki ruchoméj przez dłuższy przeciąg czasu udziela się w miesiącach zimowych dziennie 30 do 60 chorym pomocy lekarskiéj; w miesiącach zaś letnich liczba ta wynosi 50 do 80 a nierzadko nawet i więcéj.

W klinice stałéj, mającéj tylko dwadzieścia cztery łóżek, liczba chorych już z powodu ograniczonéj ilości miejsca, w równéj mierze jak w klinice ruchoméj wzrastać nie może. W sześciu latach liczba chorych stałych wzrosła z 150 na 216. Ilość łóżek wystarcza jako tako w miesiącach zimowych, a wyjątkowo jest jedno lub drugie łóżko wolne przez parę dni. Natomiast w lecie i w jesieni ilość tychże jest za szczupła. Z tego powodu można w tym czasie tylko takich chorych przyjmować, którzy bez leczenia w klinice stałéj lub operacyi wzrok niechybnie utracą lub utraconego nie odzyskają. Zdarza się dość często osobliwie wiosną i latem, że na wszystkich prawie łóżkach leżą chorzy operowani, przybyli często z stron dalekich. Klinika nie jest jednakże wyłącznie zakładem leczniczym, lecz musi owszem głównie służyć celom dydaktycznym i naukowym. Z tego powodu oprócz przypadków operacyjnych i ciężkich chorób ocznych przyjmuje się do kliniki stałej od czasu do czasu także przypadki nieuleczne, wybitniejsze przypadki chorób spojówkowych, częścią dla doświadczeń, częścią zaś, aby dać uczniom sposobność spostrzegania przebiegu chorobowego i ćwiczenia się w badaniu wziernikowém. Zdarza się to prawie wyłącznie w porze zimowéj kiedy napływ chorych jest mniejszy.

Chociaż ilość łóżek kliniki stałéj jest tak szczupłą jakby zakładu prywatnego, wystarcza przecież, jak to liczba 216 chorych, leczonych w roku 1882, wykazuje, aby w ciągu roku przyjąć cierpiących na najróżnorodniejsze choroby oczne i wykonać wielką nawet ilość operacyj. Lecz w żaden sposób zgodzić się na to nie można, żeby klinika uposażona w 24 łóżek była jedyném w Krakowie schronieniem dla chorych na oczy, którzy mając zaufanie do zakładów miasta uniwersyteckiego, nietylko z zachodniéj lecz także i z wschodniéj Galicyi i z poza granic naszego kraju dość licznie celem leczenia się do Krakowa przyjeżdżają. Brak chociażby małego oddziału rezerwowego przy klinice lub oddziału w szpitalu św. Łazarza, pozostającego pod kierownictwem profesora okulistyki w Uniwersytecie Jagiell., podobnie jak się rzecz ma z oddziałem położniczym, tak dotkliwie czuć się daje, że czas już, aby publicznie zwrócić uwagę właściwych władz na wynikającą ztąd szkodę dla ludności i kraju.

Na wiosnę, w lecie i w jesieni panuje w klinice stałéj takie przepełnienie, że niejeden chory, który z powodu ciężkiéj choroby ma prawo, aby go w zakładzie publicznym leczono, musi poprzestać na pomocy, jakiéj mu klinika ruchoma udzielić może, tułać się po oberżach, a jeżeli go i na to nie stać, co dość często się zdarza, powracać do domu, gdzie choroba sama sobie pozostawiona pozbawia go często na zawsze wzroku. Na kraj spada późniéj ciężar utrzymywania ślepych kalek, którzy przyjęci do zakładu, leczeni w porę, mogliby wzrok odzyskać lub ocalić i na utrzymanie zapracować. Możemy pewną ilość przypadków wskazać, w których chorzy cierpiący na zapalenie jaglicowe powikłane z wrzodami rogówkowemi nie mając nawet na tyle środków, aby się w klinice ruchoméj leczyć, wzrok utracili, gdyż z powodu braku miejsca do kliniki przyjęci być nie mogli.

Podczas letnich feryj uniwersyteckich, które trwają blisko trzy miesiące, jest klinika zamknięta. Jeżeli w tym czasie ubogiego mieszkańca zachodniéj Galicyi dotknie cięższa choroba oczna, która wymaga leczenia się w szpitalu, pozostaje on bez pomocy. Lekarz widząc, jak niebezpieczną jest choroba, odsyła chorego do szpitala. Atoli według ustaw obowiązujących dyrekcyę szpitala powszechnego w Krakowie, zakład ten chorych cierpiących na oczy przyjmować nie może. Tak więc chorzy ślepną, z braku pomieszczenia i opieki lekarskiéj, gdyż szpital tylko wtenczas mógłby tych nieszczęśliwych przyjąć, gdyby równocześnie cierpieli np. nieżyt oskrzeli. Tym rażącym stosunkom zapobiedzby mógł, jak już wspomniałem, chociażby mały i najskromniéj urządzony oddział w szpitalu św. Łazarza, który ze względu, aby klinice nie ubyło materyjału naukowego powinien pozostawać pod kierownictwem profesora Uniwersytetu. Urządzenia takiego oddziału domagają się zarówno ludzkość jak i względy moralne, obowiązek wreszcie ciążący na społeczeństwie opiekowania się nieszczęśliwymi, a nakładem małych kosztów możnaby uwolnić kraj od utrzymywania wielu kalek, którzy z braku pomieszczenia rok rocznie wzrok tracą.

Następne dwa szeregi liczb wykazu pierwszego dotyczą długości pobytu chorych w klinice stałéj. Do liczb tych nie możemy przywiązywać tego znaczenia, jakie one mają w zakładach poświęconych wyłącznie celom leczniczym. Wspomniałem już wyżéj, że do kliniki przyjmuje się także przypadki nieuleczne w celach naukowych. Tak więc średni czas pobytu chorych w klinice nie może być wyrazem wyników leczniczych. Z tego powodu zaniechałem téż obliczania dni pobytu na wszystkie sześć lat. Nadmienić jeszcze muszę, że dni pobytu są w ten sposób obliczone, że wzięto w rachubę wszystkich chorych, których w danym roku do kliniki przyjęto, pominięto zaś tych chorych, którzy w tym roku wprawdzie w klinice pozostawali lecz w poprzednim do niéj zostali przyjęci. Gdy wiosną i latem po dwóch a często nawet i więcéj chorych nadliczbowych leżało prawie ciągle na siennikach na podłodze, przypada więc na rok 1882 blisko 100 dni pobytu więcéj, aniżeliby wypadło, gdyby bez przerwy przez cały rok, z wyjątkiem czasu zamknięcia kliniki, wszystkie łóżka téjże były zajęte.

Okoliczność, że klinika okulistyczna leczy prawie wszystkich chorych ubogich Krakowa i jego okolicy, podnosi wartość naszéj statystyki. Ponieważ Kraków nie ma innego zakładu, w którymby leczono chorych na oczy, oprócz więc chorych leczących się prywatnie i pewnéj niewielkiéj ilości chorych na oczy dzieci, leczonych w szpitalu św. Ludwika, liczby nasze obejmują prawie wszystkich ubogich, którzy z powodu chorób ocznych szukają rady i pomocy lekarskiéj.

Z liczb wykazu pierwszego obliczyć więc można w przybliżeniu, w jakim stosunku pozostaje liczba chorych na oczy do liczby mieszkańców Krakowa i jego okolicy. Jakkolwiek klinika przez trzy miesiące jest zamknięta, to przecież i w tym czasie, a mianowicie w miesiącach sierpniu i w pierwszéj połowie października, asystent kliniki udziela porady lekarskiéj ubogim chorym i zaciąga nazwiska tychże i rozpoznane choroby do protokółów kliniki ruchoméj. Chorzy zaś dotknięci chorobą przewlekłą w miesiącu wrześniu, w którym asystent Kraków opuszcza, zgłaszają się do kliniki w październiku, tak, że nasze wykazy nie obejmują chyba tylko tych przypadków ostrych powstałych we wrześniu, które w krótkim czasie wyleczono. Z 8.713 chorych leczonych w sześciu latach w klinice okulistycznéj mieszkało w przybliżeniu 3.000 po za Krakowem lub jego najbliższą okolicą. Wprawdzie nie w każdym przypadku można było w natłoku pracy zapisać miejsce zamieszkania, w pewnéj zaś ilości przypadków chorzy podali miejsce urodzenia zamiast miejsca stałego zamieszkania, lecz na 5.620 przypadków pod tym względem dokładnie zapisanych, 1.943 mieszkało po za Krakowem, z czego wnosić można, że na 8.713 około 3000 było

obcych. Przypuszczając daléj, że Kraków z najbliższą okolicą liczy 70.000 mieszkańców i że jedna piąta część tychże leczy się prywatnie, (przypuszczamy to idąc za wzorem Arlta), wnosić można, że w przeciągu sześciu lat, na 9·7 ludzi jeden zasięga rady lekarskiéj z powodu choroby ocznéj, czyli, że w jednym roku na 53 mieszkańców jeden cierpi na oczy (1·7%). W sprawozdaniu z kliniki wiedeńskiéj (*Bericht über die Augenklinik der Wiener Universität* 1863—1865 *von Arlt, Tetzer, Rydel und Becker* p. 15) obliczono stosunek chorych na oczy do zdrowych na 1:50. — Nasze atoli obliczenie jest daleko dokładniejsze, a to z tego powodu, że sprawozdawcy z kliniki wiedeńskiéj opierają się na przypuszczeniu, że wszyscy chorzy leczeni w klinice okulistycznéj mieszkają w Wiedniu, a błąd ten właśnie w mieście, które ma tak wielką napływową ludność a wreszcie sławą głośne zakłady lecznicze, w wysokim stopniu wpływa na wynik. Gdybyśmy obliczyli odsetkę sposobem w Wiedniu zastósowanym, równałaby się 2·6. Szokalski obliczając stosunek chorych na oczy do ludności w Warszawie w latach 1854—1864, podaje, że odsetka wynosi cokolwiek więcéj od 2%. (Szokalski: Wykład chorób przyrządu wzrokowego u człowieka I). Zdaje się więc, że tak w Warszawie jak i w Krakowie choroby oczne częściéj się pojawiają niż w Wiedniu a z porównania także innych odnośnych sprawozdań wynika to samo co do Niemiec w ogólności. Pochodzi to najprawdopodobniéj ztąd, że żydzi, którzy stanowią 10% ludności naszego kraju, a mniéj liczni są gdzieindziéj, podlegają cierpieniom oczu o wiele częściéj aniżeli chrześcijanie. Sprawozdanie nasze (zob. niżéj wykaz III) dowodzi istotnie w sposób uderzający, iż żydzi częściéj od chrześcijan podlegają chorobom oczu. (C. d. n.)

II. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

Przyczynki do Chirurgii.

XIII.

Przyczynek do lokalizacyi skórzaków (cyst dermoidalnych).

Podał Dr. Rudolf Trzebicky.
asystent tejże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 21).

Torbiele wyjęte odpowiadały swą wielkością jajom strusim. Na powierzchni ich znajdowały się liczne drobne na 2—6 cm. długie wypustki grubości małego palca. Wypustki te komunikujące z główną jamą torbiela w miarę coraz większego nagromadzenia się treści w torbielu oczywiście wypuklały się na zewnątrz wrastając wszędzie pomiędzy organa otaczające, gdzie tylko luźniejsza nieco tkanka na to zezwalała. Grubość ścian wynosiła 1—3 mm.; w niektórych jednak miejscach, gdzie torbiel ściśle z otaczającemi mięśniami zwłaszcza i dźwigaczem odbytu był zrośnięty, grubość ściany była nieco większa. Wewnętrzna ściana torbiela była lśniąco-biała, połyskująca.

Pod mikroskopem można było w ścianie torbiela odróżnić dwie główne warstwy: jedną łącznotkankową, drugą przybłonkową. Pierwsza zewnętrzna znacznie, bo 2—3 razy od wewnętrznéj grubsza składała się z włókien tkanki łącznéj przebiegających przeważnie równolegle z powierzchnią torbiela.

Wśród tych włókien znajdowały się dość liczne komórki okrągłe a miejscami wrzecionowate ciałka tkanki łącznéj. Naczyń krwionośnych zawierała ta warstwa bardzo mało. Wśród drugiéj warstwy można było rozróżnić trojakiego rodzaju komórki. Najbardziéj ku wewnątrz było 6—8 warstw komórek płaskich podłużnych zrogowaciałych. Tuż pod tą warstwą znajdował się wielowarstwowy pokład komórek dużych wielokątnych (przeważnie pięcio- lub sześciobocznych) o bardzo wyraźném jądrze, stanowiącém prawie całą treść komórki. Komórki te leżały całkiem luźno obok siebie nie zespojone żadną istotą międzykomórkową. Najbardziéj ku zewnątrz, bo już na saméj granicy pomiędzy warstwą przybłonkową a łącznotkankową znajdowała się warstwa komórek drobniejszych o jądrze nierównie mniéj wybitném, ściśle obok siebie ułożonych. Granica pomiędzy obiema głównemi warstwami była zresztą wcale ostra, choć nie prostolinijna, lecz lekko falista. Brodawek nigdzie dostrzedz nie było można. Natomiast od średniéj warstwy przybłonkowéj wchodziły w głąb do warstwy tkanki łącznéj wypustki złożone również z komórek soczystych, wielobocznych o dużém i wyraźném jądrze.. Wypustki te idące w głąb przeważnie w kierunku ukośnym a tylko wyjątkowo w kierunku do powierzchni prostopadłym nie miały własnych ścian odgraniczających takowe od reszty tkanki otaczającéj. Składały one się albo wyłącznie z opisanych wyż komórek, albo też na samym obwodzie znajdowała się warstwa komórek podobnych do tych, które stanowiły wszędzie granicę pomiędzy tkanką łączną a warstwą przybłonkową.

Badanie ścian torbiela dało tu więc wynik podobny do tego, jaki daje badanie skóry płodu w pierwszych miesiącach. Obie warstwy głównie w skład skóry wchodzące były i tu reprezentowane. Brodawek wprawdzie jeszcze nie było, ale one w ogóle rzadko w ścianach torbieli skórzakowych są wybitne. Co do wypustek przybłonkowych w głąb się zapuszczających to przypominają one zupełnie rozwój włosów z końcem 3go miesiąca życia płodowego tak, jak go opisał Valentin i inni.

Co do dalszego przebiegu pooperacyjnego muszę tu nadmienić, że mimo przestrzegania wszelkich zasad postępowania przeciwgnilnego podczas operacyi rana trzeciego dnia w górnéj swéj części się rozeszła i poczęła ropieć. W dolnéj części zagoiła się rana przez bezpośrednie zlepienie się. Ropienie w części górnéj było dość znaczne, wydzielina jednak nie cuchnęła. Chora wśród całego przeciągu gojenia się czuła się względnie dobrze; ciepłota tylko raz (25go grudnia wieczór) przekroczyła 39°, zresztą stan prawie zawsze był bezgorączkowy. 29/12. Chora wieczorem dostała nagle napadu duszności, wystąpił zapad, tętno nitkowate, 140 uderzeń na minutę. Po kilku minutach chora przyszła znów do siebie. Przyczyny tego zapadu nie można było wykazać. W pierwszych dnia stycznia cała ta część rany, która się była rozeszła jak niemniéj i cała jama w miednicy poczęły czysto granulować. Ponieważ jednak gojenie się bardzo wolno postępowało, przeto wstrzykiwano począwszy od 15 stycznia co drugi dzień do jamy w miednicy przez otwór zewnętrzny kilkanaście gramów 5% rozczynu azotanu srebrowego. Mimo to jama ta okazywała tylko bardzo małą dążność do zmniejszania się i dla tego prof. Mikulicz użył dla wywarcia ciągłego ucisku na ściany jamy i dla zbliżenia ich do siebie dwóch baloników gumowych, z których jeden większy przyciśnięto za pomocą opaski od zewnątrz do rany, drugi zaś mniejszy wprowadzono do pochwy. Pod tém leczeniem jama szybko się zmniejszyła tak,

że pacyjentka d. 2go marca opuściła klinikę jako zupełnie wyleczona.

Leczenie pooperacyjne w tym przypadku trwało przeszło dwa miesiące, gdyż rana goiła się *per secundam*. Przyczyna tego była czysto mechaniczna. Po wyłuszczeniu nowotworu powstała duża jama między kością krzyżową, odbytnicą i więzem kulszowo-krzyżowym, której ściany mimo opatrunku uciskowego wcale do siebie nie przylegały. Musiało tedy przyjść do nagromadzenia się wydzieliny w téj jamie i do powstania tak zwanéj przestrzeni martwéj, czemu nawet dreny w ranę założone zapobiedz nie zdołały. Zaburzenie to możnaby było może ominąć przez zastosowanie zaraz z początku elastycznego ucisku, jak to robiono w końcu leczenia. Jeszcze dokładniéj byłoby można zbliżyć ściany jamy téj przez połączenie opatrunku uciskającego z wytamponowaniem kiszki stolcowéj. Najpewniejszym jednak środkiem dla osiągnięcia bezpośredniego zlepienia ścian ran jamistych jest szew warstwowy *(Etagennaht)*. To téż prof. Mikulicz w drugim podobnym przypadku postąpiłby tak samo, jak to już Küster uczynił, t. j. zespoiłby ściany całéj jamy szwem warstwowym z katgutu. (C. d. n.)

III. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

O stosowaniu leczniczém nowéj soli karlsbadzkiéj i zachowaniu się téjże w przewodzie pokarmowym.

Podał na podstawie doświadczeń klinicznych
Dr. W. Jaworski,
Docent Uniwersytetu Jagiell.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 19).

Tablica I (w załączeniu).

Tablica powyższa mieści doświadczenia na 3-ech osobach z prawidłową czynnością jelit, na 10-ciu ze zaparciem różnego stopnia z powodu niedowładu błony mięsnéj jelit, na 6-ciu z nieżytem jelit, na 1-ym z guzami krwawnicowemi i na 3-ech z upośledzoną drożnością jelit.

Zestawiając wypadki z powyższych doświadczeń widzimy, że:

1) Sól karlsbadzka wywołuje zwykle najprzód pierwsze stolce stałe, a następnie rzadkie lub wodniste cuchnące kw. siarkowodowym. Jeżeli zaś wypróżnienia opóźniają się do 2 lub 3 godzin, występują z pierwszym stolcem równocześnie masy stałe i maziste.

2) Działanie soli karlsb. na jelita jest chwilowe tak, że jeżeli w przeciągu 3—4 g. stolca niema, lub pacyjent pobudzenie do stolców przetrzyma, to dopiéro po dłuższym czasie, lub zwykle wcale stolce niewystępują, chociaż tak przez chlupanie jakotéż stłumienie wypuku znaczną ilość treści nagromadzonéj w jelicie grubem wykazać można.

3) Oddawanie stolca po soli karlsb. odbywa się zwykle bez szczególnych dolegliwości. Na 26 doświadczanych osób u 5 występowały przypady ze strony jelit po użyciu soli karlsbadzkiéj, w skutek czego sami chorzy wzbraniali się tego środka dalćj używać. A mianowicie w przypadku XXI. 43, 44 nieżytu jelita grubego podczas zaostrzenia tegoż, gdzie występowało silne palenie w stolcu, a kał ze strzępkami krwawemi odchodził, chory przez cały dzień czuł się bardzo osłabiony. Następnie w przypadku guzów krwawnicowych XV. 34, 35, które w skutek silnego parcia na stolec występowały na zewnątrz razem z częścią prostnicy, znacznie broczyły i sprawiały silne palenie. W 3 przypadkach upośledzonéj drożności przewodu pokarmowego IV. 10, XXII, 45, 46, XXIII. 47, uczuwali chorzy po zażyciu soli karlsbadzkiéj dokuczliwe kłucie i ciążenie w jamie brzusznéj, obok tego wystąpiły nudności, a nawet kilkorazowe wymioty.

4) Z pośród 26 doświadczanych osób nie znosiły tylko 2 zażycia soli karlsbadzkiéj. W przypadku XIV. 32, 33, atonii jelit połączonéj z ogólną wrażliwością nerwową występowały po zażyciu soli natychmiast nudności, potém wymioty, a w przypadku XI. 22, u kobiety z niedomykalnością zastawki dwukończystéj już po małéj dawce dotkliwe nudności i bicie serca i obydwie te kobiety dalszego używania soli karlsbadzkiéj stanowczo się wzbraniały.

5) Co się tyczy dawki, to u tych samych osób ta sama dawka nie każdego dnia wywołuje stolce po tym samym czasie i w téj saméj ilości, np. w doświad. XII. 23, 24. Za najmniejszą dawkę doświadczalną uważano 5 gm. soli, o których się przekonano przez kilkakrotne ważenie, że jest ta ilość zawarta w równéj łyżeczce kawowéj; taka dawka rozpuszczona w szklance wody mieszczącéj średnio 250 cm. sz. jest dla picia znośną. Dawka 5-gramowa na 20 obserwowanych przypadków wywoływała stolec tylko u 5 osób, z tego przypadają 4 przypadki III. XII. XIX. XX. na osoby wrażliwe, z których w 3 przypadkach XII. XIX. XXII. były stolce regularne, a w jednym przypadku III. regularne ze skłonnością do biegunki. Po użyciu 5 gm. soli występowały pierwsze stolce późno, bo tylko w jednym przypadku XII w przeciągu jednéj godziny, u reszty zaś w przeciągu 2—4 g. Tylko w 2 przypadkach XII i XXI ogólnéj wrażliwości i skłonności do biegunki występowało jeszcze kilka stolców rzadkich, zresztą tylko jeden.

6) Dawki po 10 gm. rozpuszczano z początku również w ćwierć litra wody, lecz rozczyn taki jest zbyt słony i niemiły do użycia, tak że chorzy wzbraniali się go wypijać i musiano go w kilku doświadczeniach wlewać przez sondę. Podawano więc rozczyn więcéj rozcieńczony, a mianowicie 10 gm. soli na pół litra wody; lecz tak znacznéj ilości płynu słonego pacyjenci bez obrzydzenia i nudności nie zdołali wypijać naraz. Przeto rozdzielono najczęściéj dawkę 10-gramową na dwie 5-gramowe, rozpuszczając każdą w ćwierć litra wody i podając do wypicia w odstępach półgodzinnych dawkę. Dawki 10-gramowe w ten sposób stosowane u 24 osób, wywoływały u 17 stale stolce u 7 zaś pozostały bez skutku; z tych były 2 przypadki czystéj atonii obok wstrętu do soli karlsb. IX. 18, XIV, 33; 4 przypadki zaparcia stolca połączonego z dysp. nerwową lub nieżytem żołądka VI, 13, XVI, 36, V. 11, XVIII, 37, a jeden przypadek zaparcia stolca w rozstrzeni żołądka VIII, 15. Najwcześniéj występowały stolce po 3 kwadransach, licząc od zażycia pierwszéj dawki X, 21, najpóźniéj zaś do 3 godzin, jak w zaparciu stolca połączoném z nieżytem kwaśnym żołądka XVIII, 40; przeciętnie występowanie stolców miało miejsce w przeciągu 1—2 godzin, gdyż na 17 przypadków skutecznego podawania 7 razy. Zwykle występowało po 10-gramowej dawce kilka wypróżnień, Po jednym tylko stolcu występowało na 17 przypadków u 4 osób, u których stolec był regularny (I. II. IV. XVIII). Najwięcej stolców, bo 4 w przeciągu dnia występowało a osoby nerwowéj, skłonnéj do biegunki III., w którym przypadku oczywiście dawka potrzebna została przekroczoną, jakotéż w drugim przypadku XXI. zaostrzenia nieżytu jelita grubego.

Doświadczenia uskutecznione na 5 osobach III, 7, 8, XIII, 29, XXIV. 49, XXV. 51, XXVI. 52, z jednorazowemi dawkami 10-gramowemi soli karlsb. a drugi raz podzielonemi na dwie dawki, na czas oddawania stolców nie wpływały. Częstość zaś stolców po użyciu podzielonych dawek jest większą i działanie soli na jelita trwa dłużéj, a zatém idzie prawdopodobnie i dokładniejsze wypróżnienie jelit. Dawka 10-gramowa soli karlsb. okazała się u dwóch chorych III, i XXII, za dużą, wywołując w przypadku skłonności do biegunki III. za obfite stolce, a w przypadku upośledzonéj drożności jelit XXII wymioty i silne kłucia w brzuchu.

7) W 5 przypadkach (IX, 18, XIII, 30, XIV, 32, XXIII, 48, XXV 50), w których stosowano dawki 15-gramowe wykazują cztery, że stolce wprawdzie wcześniéj nie występują, niż po dawkach 10-gramowych, lecz natomiast są one częstsze i więcéj wodniste a działanie soli na jelita trwa cały dzień. Tylko w jednym przypadku atonii jelit IX, 17, i 15-gramowe dawki pozostawały bez skutku. Jednak po podawaniu téj ilości soli, z powodu wprowadzenia znacznéj ilości płynu do żołądka powstaje smak nieprzyjemny, występują nudności, nawet wymioty i wstręt chorego do zażywania soli, dlatego w przypadkach, w których 10-gramowe dawki zostawały bez skutku podwyższenia dawek zaniechano, a to tém więcéj, że je względy na żołądek, o czém jeszcze szczegółowo mówić będę, przeciwwskazywały; tylko w je-

dnym przypadku uporczywéj atonii jelit IX, 19 zastosowano 20 gm. soli w 4 dawkach ze skutkiem i stosunkowo nieznacznemi przypadami ubocznemi.

8) Doświadczenia uskutecznione z rozczynami ciepłemi a zimnemi soli karlsbadzkiéj w przyp. II, 4, III, 8, nie wykazują szczególnéj różnicy w wypróżnieniu stolców: jedynie po użyciu ogrzany rozczyn ma tę niedogodność, że pogarsza znacznie smak tegoż, wywołuje nudności i podrażnienie do wymiotów.

9) W doświadczeniach XIII, 27, XIX, 41, XXI, 44, po zażyciu soli karlsbadzkiéj z wodą sodową w porównaniu z wodą zwyczajną występowały stolce nieco wcześniéj i były częstsze, a całe działanie soli karlsb. na jelita prędzéj przeminęło. Jednak przypadki XVI, i XVII, przemawiają za tém, że woda sodowa nie jest w stanie ilosci soli potrzebnéj do wywołania stolców zastąpić. Nadto w jednym przypadku XIV, 33, przyczyniła się woda sodowa do wystąpienia wymiotów; jednak woda sodowa zasługuje zawsze z tego powodu na uwzględnienie, że polepsza smak rozczynu i chorzy go chętniéj piją, można przeto większe dawki w rozczynie więcéj zgęszczonym podawać.

10) Doświad. XIII. 28, wykazuje, że woda selcerska sztuczna użyta jako rozczynnik dla soli karlsb. w wysokim stopniu przyspiesza wypróżnienia i całe działanie soli skraca, o czém kilkakrotnie jeszcze w innych przypadkach w tablicy nieumieszczonych miałem sposobność przekonać się.

11) Zauważałem u pacyjentów, którym polecałem raz przechadzkę po użyciu soli karlsb., drugi raz spokojne siedzenie, że w pierwszym przypadku wypróżnienia wcześniéj występowały. Jak wielki jest wpływ chodzenia na wypróżnienie tego cyframi na podstawie obecnego materyjału podać nie mogę. (C. d. n.)

IV. O związku przyczynowym zapalenia dziąseł z innemi chorobami.

(Rzecz miana na Walném Zebraniu Wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół nauk Poznańskiego dnia 23-go Czerwca r. 1881).

Przez Dr. **Kaczorowskiego**.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 21).

Franciszka W., lat 34, przyjętą została do szpitala miejskiego d. 2/11 1880 z liszajem żrącym, zajmującym od przeszło 3 miesięcy obie powieki prawego oka. Przypuszczając zrazu podstawę kiłową wobec wybitnego śluzoropotoku macicy przeprowadzono najprzód leczenie swoiste tak zewnętrzne jak wewnętrzne, ale zupełnie bezskutecznie. Następnie przeżegiwałem miejsca zajęte termokauterem, opatrując potém powieki rozczynem kwasu karbolowego, zrazu z bardzo pomyślnym wynikiem, bo d. 9/12 górna powieka zupełnie, dolna zaś aż do małego wrzodu obok wewnętrznego kąta powieki zabliźniła się. Po kilku dniach wszakże blizna zaczęła się rozpadać, na brzegach owrzodziałéj powierzchni wytwarzały się grudki szybko w głębokie wrzody rozpadające się i niebawem cała dolna powieka przedstawiała półkole owrzodziałe na przeszło jeden centymetr szerokie, opierające się wszelkim dalszym zabiegom leczniczym. W tym stanie przedstawiłem chorą pod koniec grudnia kol. Wicherkiewiczowi, który doradzał użycia wyskrobaczki. Przed zastosowaniem téjże jeszcze spostrzegłszy nader silne zaczerwienienie dziąseł nad prawemi górnemi trzonowemi, w części nadpsutemi zębami, zacząłem choréj podawać częste płukania jamy ustnéj słono-jodową mięszanką. Drugiego już dnia pobladły brzegi wrzodu i tak widocznie odtąd podgajały się pod zwyczajnym opatrunkiem karbolowym, że w tydzień cała powierzchnia pokryła się blizną wyjąwszy małe miejsce jak ziarnko pieprzu w wewnętrznym kącie oka położone. Dnia 6/3 1881 pokazał się nowy guziczek na dolnym brzegu wrzodu, i gdy wtedy dopiero chora wspomniała, że ostatni prawy górny ząb trzonowy mocno jéj dokucza, po wyrwaniu tegoż zęba wrzód już dnia następnego przybrał lepsze wejrzenie, a czwartego dnia przy dalszém płukaniu ust mięszanką jodową reszta wrzodu na stałe się zabliźniła. Jakkolwiek liszaj żrący jest chorobą *sui generis*, któréj nie możnaby odnieść do podrażnienia dziąseł czy zębów, aż nazbyt widoczną wszakże jest rzeczą, że resztki téj choroby chyba opierały się leczeniu z powodu nowych nasileń hyperemicznych, zwrotną drogą przez podrażnione gałązki nerwu troistego szczęki górnéj wzniecanych, podczas gdy po usunięciu przyczyny podrażnienia niebawem wrzód się zagoił.

Pozostaje mi jeszcze wykazać związek przyczynowy zapalenia dziąseł z podrażnieniem ośrodków nerwowych. Co się tyczy drgawek, o których już wyżéj nadmieniłem, a które dzieci ząbkujące często nagabują, to pamiętam z własnéj praktyki liczne przypadki, w których dzieci poprzednio zdrowe, które się potém zupełnie dobrze wychowały, krótko przed wyrznięciem każdego nowego ząbka bez żadnéj jawnéj przyczyny popadały w ogólne drgawki eklamptyczne, które zazwyczaj po zadaniu przez kiszkę wodanu chloralowego i następnych przeczyszczeniach uspakajały się.

Od czasu jak mnie doświadczenie nauczyło i w tych zaburzeniach nerwowych brać w rachubę podrażnienie dziąseł, które istotnie w każdym przypadku w miejscu oczekiwanego ząbka zastawałem nabrzękłe i zaczerwienione, umyślnie wstrzymując się od stósowania leków narkotycznych, zalecałem po przejściu drgawek wlewać dziecku do jamy ustnéj co $1/2$ godziny po trosze mięszanki słono jodowéj, póżniéj olejku rycynowego, poczém drgawki odtąd więcéj się nie powtarzały. Wiadomo, że drgawki te przeważnie w drugim roku życia pojawiać się zwykły, szczególniéj kiedy oczne ząbki wyrzynać się zaczną, będące z tego powodu w wielkiéj grozie u matek. Że przekrwienia mózgowia, wywołane zapaleniem dziąseł na zwrotnéj drodze, u dzieci charłacznych poniekąd ostatecznie zakażenie gruźlicze miękkich opon mózgowych na jaw wyprowadzają, nie może być żadną ujmą dla rzeczywistości twierdzonéj przez nas podniety, ponieważ zastanowienia godną jest rzeczą, dla czego dzieci najoczywistszém dziedzicznem usposobieniem do gruźlicy napiętnowane po większéj części ulegają dopiero podczas ząbkowania gruźlicy mózgowéj, gdy aż do tego okresu rozwijały się wcale prawidłowo. Zapalenie dziąseł, wzniecając odruchem na nerwy naczynio-ruchowe opon mózgowych najprzód ischemiję a w następstwie hyperemiję żylną w ich naczyniach, usposabia je jako przyczyna okolicznościowa pod zasiew gruzełkowy dotąd odpowiedniego gruntu pozbawiony. Nie od rzeczy będzie przypomnieć na tém miejscu fakt wcale niewymarzony a opowiadany nieraz przez matki trudno ząbkujących dzieci, zmarłych śród objawów ciężkiego zajęcia mózgu, że ząbki dopiero nareszcie po śmierci biednego dziecka wyszły na jaw; stały się bowiem dopiero teraz widocznemi po opadnięcia nabrzmiałych od zapalenia dziąseł. Dla terapii wynika z tych uwag wskazówka, za jak zgubne w takich razach uważać należy kaleczenie dziąseł praktykowaném jeszcze poniekąd ich nacinaniem, nie mniéj, że ulubiony w praktyce dziecięcéj kalomel, jakkolwiek w tym wieku mniéj sposobny do wywołania zapalenia jamy ustnéj, unikany i olejkiem rycynowym zastąpiony być powinien.

U osób dorosłych raz tylko jeden u kolegi W. miałem

sposobność spostrzegania zapalenia opon mózgowych w związku z szczęką, które nie długo po bardzo trudnem wyrwaniu trzonowego zęba, skutkiem czego *antrum Highmori* ucierpiało, zwolna wywiązało się i wprawdzie wyleczeniem zakończyło, poczém jednak krwotoki mózgowe po dwakroć powtarzające się skutkiem zwyrodnienia tętnic koniec życiu położyły.

Natomiast znane mi są wcale nierzadkie przypadki ciężkich nerwic, które jakkolwiek będąc odległym oddźwiękiem od punktu wyjścia całéj niemocy, ostatecznie do zębów i dziąseł sprowadzić się dały, albowiem dopiero po wygojeniu szczęk nareszcie ustały. Mam na myśli hysteryję, epilepsyję i choroby umysłowe. Bardzo liczny kontyngens przypadków mógłbym przytoczyć na poparcie związku przyczynowego zapalenia dziąseł i zębów z ową zagadkową jeszcze co do swéj istoty hysteryją, którą tak mylnie do samych tylko cierpień układu płciowego odnoszą. Poprzestanę na krótkiém zestawieniu kilku przykładów zostających stale od szeregu lat pod obserwacyją moją.

1) A. D., lat 30, panna służąca, cierpiąca od wielu lat ustawicznie bóle głowy, bezsenność, spazmy z płaczem, popadła ostatecznie w takie ogólne wyczerpanie sił, że od dwóch lat stawszy się zupełnie niezdolną do pracy, szukać musiała pomocy w zakładzie Sióstr miłosierdzia. Bóle szarpiące w obu skroniach, pozbawiające spokoju dniem i nocą, całkowita utrata łaknienia, bóle kurczowe po każdém jedzeniu, poniekąd wymioty, uporczywe zaparcie stolca, obfite miesiączkowanie, wygórowany popęd płciowy, ogólna wrażliwość nerwowa skłaniająca do płaczu, spazmów, drzenia odnóg, bóle w stawach, ogólna słabość ruchowa składały się na obraz chorobowy, który prócz pruchniejących prawie wszystkich zębów trzonowych i ogólnego zapalenia nadzwyczaj przekrwionych dziąseł, zgoła nie dozwalał odkryć żadnego innego przedmiotowego powodu. Kolejne usuwanie najbardziéj zepsutych zębów i ustawiczna dezinfekcyja jamy ustnéj za pomocą nastoju jodowego z mirowym i kozłkowym, którego część połykać także zalecono, obok leków lekko rozwalniających, przywróciły już po tygodniu łaknienie, swobodniejsze trawienie, po uśmierzeniu bólów głowy wywołanych podrażnieniem nerwu troistego w szczękach znalazł się zwolna i sen naturalny i odtąd zaczęły zwolna ustępować i inne objawy rozstroju nerwowego a daléj pod orzeźwiającym wpływem chłodnych kąpieli i natrysków siły choréj wzmogły się tak dalece, że po kilku miesiącach na nowo swój zawód podjąć mogła. W dalszym ciągu następnych lat przypominały się wprawdzie kiedy niekiedy, mianowicie krótko przed oczekiwaną miesiączką, dawniejsze dolegliwości choć w słabszéj mierze, jak np. brak łaknienia, bóle głowy; za każdym wszakże razem stwierdzić mogłem świeże nasilenia zapalenia dziąseł, ile że osoba owa, nie mogąc się zdecydować na wyrwanie wszystkich zepsutych zębów, nawet często zaniedbywała starannego pielęgnowania jamy ustnéj.

2) M. Pr., nauczycielka, około lat 30, przedstawiła mi się przed 2 laty w stanie ogólnego rozprężenia nerwowego, które ją znagliło do porzucenia zawodu. Całkowita utrata łaknienia, bóle kurczowe żołądka po przyjmowaniu pokarmów, uporczywe zaparcie stolca, bóle głowy, międzyżebrowe, pacierzowe, palpitacyja serca, bezsenność, spazmy z płaczem, nieregularne miesiączkowanie połączone z białemi upławami i ponure zwątpienie o odzyskaniu zdrowia, stanowiły jéj żale, którym odpowiadała postać wychudła na kształt szkieletu, wątła, chwiejąca się, wielce podstarzała. Charakterystyczne cuchnienie z ust uderzające już zdala naprowadziło mnie do odkrycia pod udatną oprawą sztucznych zębów najwstrętniejszego gnilnego ogniska, rozlanego na całe podniebienie i na całą przednią część górnych dziąseł, sterczących jak wały nad gnijącemi pienkami zębów przez dentystę pozostawionych. Dalsza obserwacyja choréj wykazała także przewłoczny nieżyt grubego jelita i spotęgowaną pobudliwość płciową.

Po kolejném wyrwaniu wszystkich pieńków i następném zagojeniu jamy ustnéj, przeczyszczeniach za pomocą olejku rycynowego, ustąpiły w przeciągu 6 tygodni wszystkie objawy chorobowe, na które się kilkanaście lat czasu składało, a kąpiele rzeczne przywołane w pomoc latem dokonały skrzepienia jéj sił tak dalece, że chora istotnie wygląda, jakby się cała na nowo odrodziła.

Takich przykładów najwyższego upadku fizycznych i moralnych sił mógłbym wiele naliczyć, mianowicie u niewiast niezamężnych a pracy umysłowéj oddanych, u których, jakkolwiek to twierdzenie niejednemu trywijalném wydawać się będzie, najwybitniejszy rozstrój hysteryczny w długim łańcuchu zaburzeń czynności rozlicznych narządów odszukać pozwala gnijących dziąseł i zębów jako pierwszego ogniwa. Piewsza scena rozpoczyna się tutaj od utraty łaknienia, niestrawności, poczém następuje uporczywe spastyczne zaparcie stolca a jako wynik tegoż przewłoczny nieżyt grubego jelita. Upośledzenie ogólnego odżywienia a nadto częste bóle zębów i głowy sprowadzają bezsenność trapiącą po całych nocach mózg strudzony dzienną pracą, przez zastój w trzewach brzusznych, wytwarzające się nieporządki w narządach płciowych podniecają ich pobudliwość, popychającą natarczywie mimo najreligijniejszych zasad biedne ofiary rozkiełznanych nerwów do samogwałtu, który do reszty skołatane ich zdrowie rujnuje. Taka jest oto geneza niejednéj hysteryi i hysteroepilepsyi.

Śmiem daléj wierzyć, że zapalenia zębów i dziąseł na gruncie nawozem dziedzictwa albo nabytego charłactwa uprawionym, zdolne są nawet umysłowe zboczenia zrodzić. Wiara taka nie powinna wydawać się zbyt lekkomyślną od czasu, jak psychijatryja nie tylko afekty dotykające wprost ośrodkowych narządów nerwowych, ale także podrażnienia obwodowych narządów przypuszcza jako podniety zaburzeń w sferze umysłowéj. Dla czegóżby ustawiczne drażnienia końcowych włókien nerwu troistego zębów i dziąseł nie miały także przybierać roli okolicznościowych bodźców do pomięszania czynności psychicznych, ile że obwód tegoż nerwu tak bliskim jest mózgu, a lekkie już nawet drażnienia tego obwodu zdołają wywołać widzialne odruchowe przekrwienia na niektórych zewnętrznych przyrządach nerwów zmysłowych, jak np. na oku? Wrażenia ustawicznie ztąd przenoszone na nerwy zmysłowe dla czegóżby nie miały dla chorobowo usposobionego mózgu stać się ogniskiem promieni wylęgających w percepcyi psychicznéj ostatecznie złudzenia i omamy, których przeciągle powtarzanie się nie może jak wykoleić równowagę umysłu? Następujące przypadki skłaniają mnie bardzo do takiego przypuszczenia, ile że w dwóch miały miejsce powroty choroby umysłowéj, za każdą razą wszczęte wybitném zapaleniem dziąseł, po usunięciu którego zjawiska egzaltacyi ustały a zasadnicze omamy pokutując jeszcze głucho czas niejaki powoli z ulepszeniem odżywienia rozwiały się. (Dok. n.)

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Z artykułu prof. Rossbacha: **O nowszych usiłowaniach leczniczych** przytaczamy tutaj w tłumaczeniu rozdział p. t.

Który ze środków odwietrzających jest najlepszym.

O mało, że nie trzeba zawołać: „Panie! dosyć tego błogosławieństwa“, w chwili gdy się rozglądamy w poczcie środków odwietrzających, których nam dostarczył ostatni lat dziesiątek; trudno zaiste napotkać siłę naukową, wstępującą właśnie w grono docentów lub zwykłych praktyków, któraby na drodze ku swéj sławie nie potknęła się o nowy środek odwietrzający a nierównie dzielniejszy aniżeli środki wszystkich poprzedników. Minęły bezpowrotnie czasy kwasu karbolowego, który wyłącznie zdołał uszczęśliwiać, jesteśmy wśród odmętu, wśród nawalnicy środków, z których jeden stara się pochłonąć inny lub przynajmniéj potrąca współzawodnika, pogardliwie nań spoglądając. Po krótkich zapasach ustępuje z pola kwas nadmanganezowy przed karbolowym, salicylowym, będźwinowym i borowym, jeden za drugim nikną: tymol, kreozot, eukaliptol, rezorcyn, hydrochinon gnąc pokornie karki przed jodem, bromem, chlorem, jodoformem, tlenkiem zynku i azotanem bismutowym, żaden wreszcie nie zdoła sprostać potędze sublimatu. Przez rok cały zaprzysięga świat wiarę jednemu z nich, a już w rok późniéj innemu, jeszcze nie przebrzmiał dźwięk jodoformu, który tysiąckrotnie obił się o uszy nasze, w dziennikach lekarskich roją się jeszcze: opaski, wziewania, gaza jodoformowa, jodoform w chirurgii, w przebiegu gruźlicy, raka, obrzęków gruczołów, kiły, jaglicy lub zapalenia gruźlicowego opon mózgowych a już z gwaru ulicznego dochodzi i wciska się do mieszkań naszych dźwięk „sublimat“, to nowe hasło potężnieje i coraz to groźniéj szumi już zewsząd i huczy: sublimat, sublimat, sublimat! Biada mężowi, który waży się jeszcze pudrować rany swych chorych tym żółtym proszkiem, prawie bezskutecznym i każe mu wonieć tak słodko jak kwiecie majowe, uchodźmy od zacofanego! Tam oto jest inny, który dzierży ów piękny, biały, bezwonny sublimat — sublimat, którego rozczyn jest jak łza czysty. Teraz już nie ma rany nieczystéj, grzyby padają jak koszone ziele. Jakże to śmieszne, że dawniéj nasz sublimat uważano za truciznę i zaledwie kilka miligramów dawano do pigułek Dzondego! wkrótce będziemy nim zamiast cukru posypywać placki. A jednak może już ktoś zmaczał pióro, aby na cierpliwym papierze wyciąć filipikę przeciw sublimatowi.....

Czemuż się dziwić, że niektórzy oszołomieni i prawie zmysłów pozbawieni zaledwie na nogach utrzymać się mogą? lub gdy inny genijusz twórczy w przepaści zapomnienia zechce pogrążyć te mieszaniny czarownic i ogłasza na nowo otwarte ran leczenie? albo gdy ktoś trzeci obstaje uporczywie przy środku, do którego nawykł a nowych natrętów za drzwi wyrzuca? gdy wreszcie czwarty co rok inną chorągiewkę wywiesza?

A przecież o zgrozo! nie kończy się wcale ten szereg nowych specyjalistów ze środkami odwietrzającemi! Wszyscy ci dawni specyjaliści ten dla ucha, ów dla oka, inny dla nosa, krtani lub żołądka są dzisiaj wcale niepotrzebni, potrzeba nam tylko jednego środka, jednego sposobu leczenia przeciw zmianom chorobowym wszystkich tych narządów. Do tych tylko specyjalistów, którzy jednym środkiem wszystko zdziałają, do nich należy przyszłość. Oto specyjalista rezorcynowy: Jakże piękną, prostą, jak łatwą jest ta rezorcyno-terapija! Co kwartał słychać o coraz to innéj chorobie wyleczonéj gruntownie za pomocą rezorcynu. Błonica nie istnieje więcéj, rezorcyn leczy ją stanowczo. „Cóż to pan jeszcze cierpi na nieżyt pęcherza? Czyżeś pan nie zastosował rezorcynu?“ „Nieżyt żołądka!? Nieścież coprędzéj rezorcyn z apteki, jutro z pewnością będziesz zdrów jak ryba“. O biedny Hahnemannie, ty sądziłeś, że tak prostą jest twoja homeopatyja! żałuj, że nie dożyłeś wieku rezorcynu. Nam nie potrzeba aptek, ani homeo- ani aleopatycznych, spiżarnię zaopatruje się w *Resorcinum purissimum* a każdy może się sam leczyć.

Taki jest obecnie przebieg ogłoszeń, względnie badań nad działaniem środków odwietrzających.

Pierwszy sięga odważnie do garnka z połączeniami aromatycznemi, wydobywa pierwsze lepsze z nich, doświadcza czy ono zabija bakteryje i ogłasza je zaraz jako najlepszy środek odwietrzający i przeciwgnilny; doświadczył on go również w kilku chorobach narządów wewnętrznych, zwłaszcza w błonicy i to z powodzeniem. Wkrótce pojawia się w dzienniku lekarskim doniesienie drugiego, który tego środka doświadczał w podobnych przypadkach jak pierwszy z takim samym rezultatem. Odtąd nie czytamy już w gazecie: „Środek polecony przez Dra X. do odwietrzania ran“ lecz „Środek polecony przez Drów X. i Y.“ Wkrótce zjawia się trzeci a wszędzie można wyczytać: „Środek nowy polecony jednogłośnie przez X., Y. i Z.“ Teraz następują inne choroby: Czwarty przekonywa się o skuteczności środka w świerzbie, piąty w gośćcu, szósty w durze, siódmy naturalnie w gruźlicy. Niebawem zdaje ósmy sprawę z doświadczeń swoich nad zastosowaniem środka w chorobach uszu, dziewiąty w chorobach ocznych, dziesiąty w chorobach kobiet, inny w chorobach dzieci. Wreszcie w trzech lub czterech rocznikach lekarskich zestawia się doświadczenia poczynione z tym środkiem w najrozmaitszych schorzeniach rodu ludzkiego, w dwudziestu *Centralblatach* drukuje się przez dziesięć numerów z rzędu sprawozdanie z tych doświadczeń; weterynarze również starają się sprawdzić błogie skutki leku. Z kolei wchodzi on w życie w technice: jeden konserwuje piwo za pomocą niego, inny dodaje go do smarzonych owoców. W piśmie popularném pojawiają się artykuły znanego literata piszącego również o tym środku; we wszystkich dziennikach widać na ostatniéj stronie inseraty fabryki panów *Alfa et Beta*, którzy sprzedają ten środek jako *remedium purissimum*. We wszystkich szpitalach i klinikach doświadczają środka na wielki rozmiar; asystenci klinik w *A*, *B*, *C* i *D* ogłaszają jeden po drugim swoje sprawozdania, ten modyfikuje sposób zastosowania, inny cieszył się lepszemi rezultatami po użyciu dawek decigramowych aniżeli inny po centygramowych; jeszcze inny dociekł, że środek podany w nocy działa najskuteczniéj. Niestety z wielkiego zakładu leczniczego w *F* dochodzą do wiadomości przypadki szkodliwego zadziałania leku wysławianego; toż samo zaszło w klinikach w *G* i *H*, jak niemniéj we Włoszech i we Francyi. Powszechna panika! Poważny farmakolog odkrył niedawno zgubne działanie tego środka na ciałka krwi u żab; wkrótce potém spostrzegł klinicysta po podaniu środka moczenie krwią, objawy mocznicy; anatom ujrzał cewki moczowe pozatykane szczątkami ciałek krwi. Aż tu nareszcie to lub owo pismo lekarskie niesie wieść o nagłém zejściu śmiertelném po podaniu środka ...... a biedna dusza nie znajduje pociechy aż dopiero wtedy, gdy w rok późniéj ktoś zechce zrehabilitować ten środek.

Policzmy tylko ilu to pisarzy stało się sławnymi trzymając się tego jednego, jedynego środka i to w przeciągu jednego roku ..... to zdumiewające! Ciż sami, przed rokiem wcale jeszcze nieznani o jałowéj mózgownicy, stali się od razu „badaczami“. Zbierają się po Zjazdach lekarskich i przyrodniczych, rozwodzą się tam nad swojemi badaniami a podczas zapoznawania się słychać: „Pan X.“ „Ach to pan odkryłeś działanie tego leku w gruźlicy!“ „Do usług kolegi“. — Jakże słodką jest sława. Cóż znaczą wobec takich bohaterów owe przestarzałe wielkości, których nazwiska w inseratach świadczą zaledwie o skuteczności wody Hunyady-Janos lub innéj z wód gorzkich węgierskich, świadczą tam tylko, że się przekonali na sobie lub na innych o działaniu czyszczącém tych wód!

Opis ten nie jest wcale żartobliwym; jest on podchwyconym z rzeczywistego przebiegu spraw; przebieg taki powtarza się systematycznie przy każdym środku. Nie możnaby nic zarzucić takiemu przebiegowi spraw, gdyby tylko każdy z tych środków sprowadzał postęp rzeczywisty, tak jednak nie jest niestety. Środki, które po sobie następowały, były co najwięcéj równéj wartości a starego karbolu żaden dotąd nie wykoleił. Rzecz miała się podobnie jak z chloroformem. Ileżto rzekomo lepszych środków znieczulających wprowadzono a przecież powrócono ostatecznie do dawnego.

Czyż ta groźna zabawka zawsze się będzie powtarzać?

Sądzę, że teraz już można odpowiedzieć „Nie“. Ten sam badacz, który wśród chaosu bakteryjologicznego trzeźwo i konsekwentnie utorował drogę i za pomocą prątka gruźliczego wskazał, jak należy postępować wśród badań bakteryjologicznych, oczyścił również stajnię Augijasza w nauce o środkach odwietrzających i wytknął badaniom drogę, którą mają postępować. (*Deutsche Medicinal Ztg.*, 1884 i *Aerztliches Vereinsbl.*)

J. S.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 11—17 maja umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 39,3. Z ospy umarło 8 (2 z. t.); z błonicy 1 (1 z. t.); z duru brzusznego 2 (0 z. t.); z róży 1 (1 z. t.). W tygodniu od 4 do 10 maja ospa w Londynie bardziéj się rozszerzyła. Leczyło się w szpitalach 763, świeżo zapadło 288, umarło 19. W Wiedniu, Warszawie, Maladze, Murcyi umarło z ospy po 1, w Budapeszcie, Paryżu, Liwerpolu, Petersburgu, Odesie, Madrycie po 2, w Brukseli 4, w Nowym Orleanie 12, w Pradze 25, w Madrasie od 1—7 marca 374. Odra i krztusiec bardzo się rozszerzyły w Londynie. Z tyfusu umarło w Zurychu 22. w Paryżu 43. Z tyfusu plamistego umarło w Amsterdamie, Londynie, Maladze, Granadzie po 1, w Madrycie 4. W Saragosie wydarzył się w czasie od 21—27 kwietnia jeden przypadek śmierci w skutek cholery swojskiéj. W Madrasie umarło z cholery od 1—7 marca 13.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 4—10 maja umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców w Krakowie 26,7; w Warszawie 27,6; w Poznaniu 32,4; w Wiedniu 35,4; w Budapeszcie 43,3; w Pradze 33,2; w Berlinie 23,0; w Hamburgu 28,9; we Wrocławiu 28,2; w Gdańsku 26,3; w Mnichowie 31,4; w Dreźnie 29,7; w Lipsku 26,8; w Genewie 28,0; w Brukseli 25,2; w Amsterdamie 29,8; w Hadze 26,9; w Paryżu 28,5; w Londynie 20,6; w Kopenhadze 24,1; w Stokholmie 23,3; w Chrystyjanii 17,6; w Petersburgu 44.9; w Odesie 34,1; w Wenecyi 25,2; w Bukareszcie 30,4; w Madrycie 30,6; w Aleksandryi 30,4; w Nowym Jorku 24,5; w Filadelfii 24,0; w Bombayu 27,3; w Madrasie 86,5. *J. B.*

Śmiertelność we Lwowie (liczącym 115.544 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). Od 4—10 maja r. b. zmarło osób 120, co odpowiada śmiertelności na rok i 1000 mieszkańców 54. — W ciągu tego czasu zmarło z ospy 1 osoba, z płonicy 2 osób, z dyfteryi 2, z dławca 2, z krztuśca 1, z duru brzusznego 1, z duru wysypkowego 4.

W tygodniu od 11 do 17 maja r. b. zmarło osób 88, co odpowiada śmiertelności na rok i 1000 m. 44·1 W tym czasie zmarła z płonicy 1 osoba, z dławca 2 osób, z duru brzusznego 2, z duru wysypkowego 3.

Rzut oka na czynności Oddziału chirurgicznego Szpitala powszechnego lwowskiego w roku 1883.

Skreślił prymaryjusz Dr. Ziembicki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 19).

II.

Zestawienie ruchu chorych w latach 1876—1882.

Rok	Stan chorych	Umarło	Procent śmiertelności do ubyłych
1876	1.346	93	7·3
1877	1.238	80	6·9
1878	1.316	116	9·5
1879	1.286	115	9·6
1880	1.347	99	7·7
1881	1.218	74	6 5
1882	1.332	104	8·2

Statystyka oddziału w r. 1883*).

Chorych leczono 1.656**).—Umarło 95.—Procent śmiertelności (do ubyłych) 5·9.— Dni leczenia 33.724.— Operacyj większych wykonano 191.— Operacyj mniejszych 313. — Założono opraw gipsowych 80. — Leczono złamań 140. — Ran i innych uszkodzeń 400.

A) Operacyje mniejsze.

Sequestrotomij wykonano 22, umarło 0; *Evidement* wyk. 23, um. 0; *Corpora aliena* wyk. 4, um. 0; *Fistula ani* wyk. 14, um. 0; *Fissura ani, Nodi* wyk. 14, um. 0; *Taxis propter herniam* wyk. 8, um. 0; *Hydrokele (Injectio jodi)* wyk. 5, um. 0; *Dilatatio urethrae* wyk. 13, um. 0; *Exstirpatio neopl.* wyk. 24, um. 0; *Punctio abdominis* wyk. 3, um. 1[1]); *Punctio vel Incisio thoracis, resectio costae part.* wyk. 5, um. 1[2]); *Cauterisatio Paquelin.* wyk. 18, um. 0; *Luxationes repositae* wyk. 11, um. 0; *Discissiones, Drainage* wyk. 149, um. 14[3]). Razem wyk. 313, um. 16.

*) Statystyka ta po części, o ile odnosiła się do pierwszych ośmiu miesięcy 1883 r., już była umieszczoną w Przegl. Lek. (Nr. 37 z r. 1883).

**) Przeszło 40 zmarłych nie kwalifikowało się za życia do żadnéj operacyi. (Tuberculosis, Suicidia, Marasmus etc).

[1]) Cachexia, Pyothorax et ascites. — [2]) Tuberculosis, Pyothorax, Pericard. purulenta.—[3]) Phlegm. septica, abscessus etc.—[4]) Trzy razy gangräna intestin. phlegm. septic.— [5]) 1) Prolapsus intestini gangrän. 2m 50. 2) Gangräna scroti et intestin. long. 0.50.— [6]) Peritonitis myxomatosa. Myxovarium.—[7]) Nephritis inveterata Degeneratio chron. summi gradus in marantico.—[8]) Pyo Sepsis ante extractionem.— [9]) 1) Carcinoma recidiv. capitis. Metastas pulmon. 2) Lipoma gangränescens in marantico. 3) Lympho-Sarcoma colli. Mors subita post 8 dies. — [10]) 1) Osteomyelitis septica femoris. Marasmus. 2) Osteomyelitis trochanter. Peritonitis purulenta. — [11]) 1) Pyarthros. Amputatio recusata. Sepsis. 2) Pyarthros. Tuberculosis. Perfor. Ven. poplit.—[12]) Sepsis, amput. recusata. — [13]) Mors subita. Embolia adiposa? Cirrhosis hepatis. — [14]) Sepsis summi gradus. Phlegm. totius membri. Vuln. morsum. — [15]) Secund. Syme, Roux et Sedillot. — [16]) W 6ciu przypadkach resekcyję zakończono natychmiastową amputacyją.—[17]) Vulnus inveterat. penetr. articulat. Sepsis, arthrotomia, amputatio. — [18]) Jeden chory po zupełném zabliźnieniu umarł z gruźlicy ogólnéj.—[19]) Pyämia in marantico.

B) Operacyje większe.

Herniotomij wykonano 9, umarło 5[4]); *Resectio intestini* wyk. 2, um. 2[5]); *Fistula ani* wyk. 8, um. 0; *Ovariotomia* wyk. 1, um. 1[6]); *Lithotripsia* wyk. 1, um. 1[7]); *Lithotomia (Sectio alta)* wyk. 4, um. 0; *Urethrotomia interna* wyk. 1, um. 0; *Urethrotomia externa* wyk. 2, um. 0; *Hydrokele Sectio radicalis* wyk. 2, um. 0; *Corpus alienum vesicae* wyk. 1, um. 1[8]); *Corpus alienum tracheae* wyk. 1, um. 0; *Tracheotomia* wyk. 8, um. 0; *Amputatio penis* wyk. 1, um. 0; *Amputatio mammae evacuat. axillae* wyk. 6, um. 0; *Exstirpatio neoplasmat.* wyk. 30, um. 4[9]); *Plastica oris* wyk. 16, um. 0; *Evidement* wyk. 15, um. 2[10]); *Sequestrotomia* wyk. 10, um. 1; *Arthrotomia* wyk. 4, um. 2[11]); *Ligatura arteriarum (Lingualis, femoralis, poplitea)* wyk. 6, um. 0. Razem wyk. 128, um. 19.

	niekomplikowane		komplikowane	
	wykonano	umarło	wykonano	umarło
I. Resekcyje.				
Cubiti	4	1[12])	2	1
Genu	1	1[13])	1	0
Carpi	2	0	0	0
Talo-crural.	2	0	0	0
Maxillae inferioris .	1	0	0	0
	10	2	3	1
II. Eksartykulacyje.				
Humeri	0	0	1	1[14])
Pedis	3[15])	0	0	0
Chopart.	1	0	0	0
Digit. halluc. mctat. .	9	0	0	0
III. Amputacyje.				
Femoris	14[16])	0	5	2[17])
Cruris	11[18])	0	2	2
Humeri	2	1[19])	0	0
Antibrachii	1	0	1	0
	41	1	9	5

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 28 maja. Jeszcze dni kilka a IV Zjazd lekarzy i przyrodników polskich rozpocznie czynności swoje. Jak dotąd nie mieliśmy powodu żałowania, że myśl, rzucona pierwotnie przez kol. Dra A. Baranieckiego, urządzania od czasu do czasu Zjazdów, przyjęła się u nas. Jakkolwiek położenie nasze jest wyjątkowém a siły nasze szczupłe, to jednak każdy przyznać musi, że instytucyja u nas względnie nowa dotąd rozwija się prawidłowo i z małych początków powstawszy rozrosła się i doszła do rozmiarów wcale poważnych. Jeżeli już II Zjazd odbyty w r. 1875 we Lwowie był o wiele liczniejszy aniżeli I krakowski, to Zjazd III w Krakowie uświetniony został poja-

wieniem się licznego zastępu pobratymców Czechów, którzy tak w wykładach jak w dyskusyi żywy brali udział. Po wywzajemnieniu się im z naszéj strony na Zjeździe praskim, wybiera się znów liczny a poważny poczet kolegów czeskich do Poznania. Że Zjazdowi IV z całego serca życzymy najlepszego powodzenia, że żywo pragniemy, aby on tak pod względem liczby uczestników jak ilości wykładów przewyższył Zjazdy poprzednie, jest prostym wynikiem przeświadczenia, że Zjazdy są pożytecznemi w ogóle, a u nas w szczególności w stosunkach wyjątkowych, w których się znajdujemy, nawet potrzebnemi. U narodów od nas szczęśliwszych zebrania peryjodyczne, choć w epoce specyjalizowania straciły na znaczeniu naukowém, zachowały przecież cechę zebrań towarzyskich dla ludzi pracujących mniéj więcéj w jednym i tym samym zawodzie, służących do osobistego zapoznania się ze sobą i wymiany zdań. U nas obok téj cechy mają one znaczenie także naukowe, o ile lekarze polscy posiadając mało ognisk naukowych w wielkiéj części pozbawieni są sposobności odzywania się i mało znajdują zachęty do występowania publicznego. Zapewne, że korzyści, wynikające z takich zebrań, byłyby nierównie większe, gdyby Zjazdy częściéj odbywać się mogły, gdyby zdołano urzeczywistnić myśl pierwotną, aby one miały miejsce rok rocznie. Temu jednak głównie stoi na przeszkodzie brak miast większych, albowiem jak dotąd nie mamy wielkiego wyboru, a niepodobna co 2 lub co 3 lata jedne i te same miasta obarczać ciężarem bądź co bądź dość znacznym. Dlatego też pomiędzy I a II Zjazdem upłynęło lat 6, pomiędzy II a III również lat 6; obecnie przerwa ta o połowę została skróconą, a nawet byłaby jeszcze krótszą, gdyby koledzy poznańscy w skutek przedstawienia naszego nie byli Zjazdu IV odroczyli na rok bieżący. Wydziałowi gospodarczemu Zjazdu IV przyznać należy, że energicznie zabrał się do dzieła, że się nie zrażał żadnemi trudnościami, tak, że dzięki jemu Zjazd w Poznaniu przychodzi do skutku, pomimo, że wielu z licznych względów nie wierzyło w możność urządzenia Zjazdu w stolicy wielkopolskiéj. Tém gorętsze więc są nasze życzenia, aby zacne starania kolegów poznańskich jak najświetniejszym uwieńczone zostały skutkiem, aby Zjazd IV nie tylko dorównał, ale prześcignął swoich poprzedników, i aby stał się zapowiedzią powodzenia dla Zjazdu V, który zapewne odbędzie się we Lwowie. Zanim więc uściskiem bratnim zdołamy podziękować kolegom poznańskim za trudy, których nie żałowali, przesyłamy im nasze: Szczęść Boże!

Uniwersytet Jagielloński na Zjeździe reprezentować będzie prof. Rostafiński, Wydział lekarski prof. Rydel, Towarzystwo lekarskie krak. prezes Dr. Kwaśnicki, redakcyję Przeglądu Lek. redaktor.

* Docent prywatny zoologii i anatomii porównawczéj w Uniw. Jagiell. Dr. Antoni Wierzejski otrzymał tytuł profesora nadzwyczajnego.

* Na dzisiejszém posiedzeniu dorocznêm Akademii Umiejętności prof. Nencki w Bernie szwajcarskiém przedstawiony został na czynnego członka zagranicznego.

* Temi dniami, a więc jeszcze przed rozpoczęciem Zjazdu, okaże się dziełko Dra Józefa Talki w Warszawie p. t. „Prof. Dr. Szokalski i jego działalność, tudzież zebranie materyjałów do historyi oftalmologii w Polsce od najdawniejszych czasów aż do dni naszych“, rzecz napisana ku uczczeniu 50-letniego jubileuszu ojca okulistyki polskiéj podczas IV Zjazdu lekarzów i przyrodników polskich w Poznaniu, z portretem jubilata. Warszawa, 1884 (10 arkuszy druku, cena bez przesyłki 1 rs. = 2 marki) Skład główny dziełka będzie w Warszawie w księgarni Wendego i wsp. na Krakowskiém Przedmieściu; będzie go jednak można nabywać i na Zjeździe. Nie wątpimy, że dziełko to, napisane przez jednego z najzdolniejszych naszych okulistów, odpowie w zupełności celowi swemu i znajdzie pokup pomiędzy kolegami. Nie omieszkamy zresztą po powrocie ze Zjazdu zapoznać z niém czytelników naszych.

* Docent Uniw. Jagiell. Dr. Mars w roku bieżącym, tak jak w poprzednich, praktykować będzie w Krynicy, dokąd się udaje już w pierwszéj połowie miesiąca czerwca.

* W Cieplicach czeskich według nadesłanego nam wykazu do d. 18 b. m. było gości 511, w Giesshüblu 20; w Gleichenbergu według doniesienia kol. Bulikowskiego do d. 22 bm. było gości 461, między nimi Arcyksiążę Albrecht.

* **Warszawa.** Asystent przy katedrze chemii lekarskiéj J. Kramsztyk po odbytéj dysertacyi otrzymał jednogłośnie przyznany sobie dyplom doktora medycyny.

* **Wiedeń.** Ministerstwo wojny zwołało komisyję, mającą zastanowić się nad przywróceniem Akademii józefińskiéj. W skład komisyi téj, która obradować będzie pod przewodnictwem ministra wojny, wchodzą: dwóch jenarałów i pułkownik sztabu; jeneralny lekarz sztabowy Dr. Hoor, i starsi lekarze sztabowi Podrazki, Wychodil, Chimani i Kraus, proff. Langer, G. Braun, Billroth, baron Mundy i redaktor Dr. Wittelshöfer; wreszcie jako sekretarz lekarz pułkowy Dr. Myrdacz.

Rada sanitarna Państwa, zarówno jak Rada sanitarna i Namiestnictwo dolnéj Austryi jednogłośnie proponowały na opróżnioną po Zeisslu posadę prymaryjusza oddziału chorób kiłowych w szpitalu powszechnym jako jedynego kandydata z pominięciem terna, prof. Auspitza, który téż zamianowany został.

W. med. Woch. w korespondencyi z Krakowa podaje mylnie treść rozporządzenia ministeryjalnego, odnoszącego się do nostryfikacyi dyplomów zagranicznych. Widocznie korespondent słyszał dzwonienie, ale nie wie, w którym kościele.

Przed kilku dniami stawał przed sądem powiatowym przedmieścia Mariahilf lekarz praktyczny Dr. Spitzer, oskarżony o niedbalstwo i nieumiejętne postępowanie, skutkiem czego 14-letnia pacyjentka narażoną została na utratę palca. Na podstawie świadectwa lekarza policyjnego i dwóch lekarzy sądowych, Dr. Spitzer uznany został winnym i skazanym na grzywnę w kwocie 850 zła. oraz na utratę dyplomu z powodu uchybienia lekarskiego (*Kunstfehler*). Jestto przypadek na szczęście tak niezwykły, że dziwić się wypada, że Sąd powiatowy orzekł tak dotkliwą karę, nie zasięgnąwszy poprzednio orzeczenia Wydziału lek., jak tego słusznie domagał się obrońca. Również uderzającą jest rzeczą, że lekarze sądowi sami nie wskazali potrzeby zasięgnięcia takiego orzeczenia i woleli sami obarczyć sumienie swoje potępieniem postępowania lekarza, który przez 25 lat nienagannie praktykę wykonywał. Przekonani jesteśmy, że u nas coś podobnego byłoby niemożebném tak ze strony Sądu, jakoteż ze strony lekarzy sądowych, i spodziewamy się, że w Wiedniu sprawa ta, drogą rekursu, dostanie się do Sądu krajowego a za jego pośrednictwem pod ocenę Wydziału lek., który do należytego ocenienia postępowania lekarskiego jedynie jest powołany.

* **Petersburg.** Radzca stanu Dr. hrabia Magawly mianowany został przybocznym okulistą Cesarza a proff. Baliński i Gruber otrzymali order Sgo Włodzimierza 2éj kl.

* **Nekrologija.** W Filadelfii umarł słynny chirurg prof. Samuel Gross w 79 roku życia.

St. Petersb. Med. Woch. donosi o śmierci tajnego radcy Dr. E. W. Pelikana, która nastąpiła d. 18 b. m. Życiorys męża tego w nauce zasłużonego, a i nas bliżéj obchodzącego podamy późniéj.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 21: Rogowicza: W sprawie zapobiegania powstawaniu chorób połogowych. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 21: Święcickiego: Przyczynek do etyjologii przedwczesnego obumarcia płodu; Biegańskiego: Przyczynek do symptomatologii zboczeń mowy; Filipowa: Tlen i ozon jako środki lecznicze (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. VALENTINER: Die Kronenquelle zu Ober-Salzbrunn u. ihre wissenschaftl. Vertretung; Reclame oder Studium. Ein offenes Schreiben an Hrn. Prof. Gscheidlen. Wiesbaden 1884, in 8vo str. 22.

* **Kraków** 30 maja. W sali wykładowéj kliniki lekarskiéj odbyła się dziś uroczystość wręczenia prof. Korczyńskiemu albumu, opatrzonego fotogramami 158 doktorów, byłych jego uczniów, a to w uczczeniu dziesięcioletniéj działalności jego nauczycielskiéj. Bliższą wiadomość podamy w numerze przyszłym.

---

* Na fundusz sierot po jednym z lekarzy prowincyjonalnych nadesłał Dr. Pluciński z Kulparkowa 2 złr., Dr. Berggrün z Żydaczowa 2 złr.

Razem z poprzednio zebranemi 195 złr. 75 ct.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Do L. 318.

Ogłoszenie konkursu.

Rozpisuje się konkurs na posady:

Jednego Sekundaryjusza i dwóch Asystentów przy tutejszym szpitalu na lat dwa, które przy zadawalającéj służbie mogą być przedłużone do lat czterech.

Do posady Sekundaryjusza przywiązana jest płaca 600 złr. rocznie, z dodatkiem mieszkania opalanego; do posady zaś Asystenta 500 złr. rocznie bez żadnego dodatku.

Ubiegający się kandydaci o te posady powinni wykazać:

1. Wiek, stan i miejsce urodzenia.
2. Dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.
3. Stopień Doktora medycyny lub wszech nauk lekarskich, uzyskany na jednéj z Wszechnic Państwa austryjackiego.

Podania wnosić można do dnia 30 Czerwca rb. na ręce Dyrekcyi szpitala tutejszego bezpośrednio, lub za pośrednictwem swéj władzy przełożonéj, jeżeli kandydat zostaje w służbie publicznéj.

Z Dyrekcyi krajowego szpitala powszechnego.

Lwów dnia 28 Maja 1884 r. *Dr. Głowacki.*

L. 164.

KONKURS.

Przy c. k. Zarządzie salinarnym w Kaczyce na Bukowinie jest do obsadzenia posada lekarza salinarnego, o którą PP. doktorzy wszech nauk lekarskich kompetujący, mają wnieść swoje podania z załączeniem odnośnych świadectw i dotyczącéj praktyki do podpisanego c. k. Zarządu salinarnego najdaléj do 8go Czerwca rb.

Z tą posadą są połączone ze strony c. k. Zarządu salinarnego roczne honoraryjum włącznie z ryczałtem za objazd do chorych 420 złr., systemizowana sól jako deputat również i obowiązek utrzymywania domowéj apteki z prawem wydawania leków dla chorych przynależnych do saliny, za złożeniem odnośnych rachunków aptekarskich wynoszących rocznie do 80 złr.; ze strony zaś gminy Kaczyki roczny dodatek ryczałtowy 100 złr.

Obowiązki lekarza salinarnego wskażą odnośne przepisy sanitarne dotyczące co do c. k. Zarządu salinarnego i co do gminy z osobna.

C. k. Zarząd salinarny.

Kaczyka dnia 3go Maja 1884.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Steicla.

TABLICA I.

z doświadczeń nad zachowaniem się nowéj soli karlsbadzkiéj w jelitach.

a	*b*	*c*	*d*	*e*	*f*	*g*	*h*
Liczba dośw.	Przypadek chorobowy.	Zwykłe występywanie stolców i jakość tychże. Czas oddania ostatniego stolca.	Ilość zadanéj soli i rozczynnika.	Ciepłota użytego rozczynu i czas zażycia tegoż.	Czas wystąpienia pierwszego stolca i następnych, jakotéż jakość tychże.	Przypady następowe po użyciu soli.	UWAGI.
1.	I. L. W. l. 20 wojskowy. Zdrów bez przypadków ze strony jelit.	Stolce gęste codziennie ostatni rano przed doświadczeniem.	5 gm. w 250 cm. sz. aq. dest.	18° C. rano, naczczo.	Dopiero drugiego dnia rano zwykły stolec.	Bez szczególnych przypadów.	Również 5 gm. soli z wodą sodową były bez skutku.
2.		Rano przed doświadczeniem.	5 gm. w 250 cm. sz. aq. dest. po dwóch kwadransach znów 5 gm. w 250 cm. sz. aq. dest.	„	Wolny stolec dopiéro po 12 godzinach w nocy.	Bez szczególnych przypadów.	
3.	II. P. l. 22 wieśniak catarrh. ventr. Ze strony jelit niema przypadów.	Stolce gęste regularne codziennie. Ostatni dnia poprzedzającego.	5 gm. w 250 cm. sz. aq. dest. po półgodziny 5 gm. w 250 cm. sz. aq. dest.	„	Po 3½ godz. masy zbite i maziste drugiego stolca niebyło.		5 gm. soli były bez wpływu na oddawanie stolca
4.		Dzień przed doświadczeniem.	Ta sama dawka.	55° C. rano, naczczo.	Tylko jeden stolec z kawałków twardych i masy mazistéj po 3¾ godz.	Chory skarży się na ciśnienie w brzuchu.	
5.	III. R. l. 30 handlarz dysp. nervosa. skłonność do rozwolnienia.	Stolce regularnie codziennie. Ostatni dzień przed doświadczeniem.	5 gm. w 250 cm. sz. aq. dest.	20° C. rano, naczczo.	Po 2 godz. pierwszy stolec mazisty, po 3 godz. drugi mazisty.	Bez szczególnych przypadów.	Pacyent po użyciu soli przechadzał się.
6.		Dnia poprzedzającego z powodu dośw. 5.	5 gm. w 250 cm. sz. aq. dest. po półgodziny ta sama dawka.	„	Po 1 godz. pierwszy mazisty stolec po 1½ drugi, popołudniu jeszcze dwa stolce wodniste.	Przy trzecim i czwartym stolcu wystąpiły bole kłające w brzuchu.	„
7.		Dzień przed doświadczeniem.	10 gm. w 250 cm. sz. aq. dest.	18° C. rano, naczczo.	Po 2 g. jeden stolec mazisty. po południu 2 wodniste.	Bez dolegliwości.	Wlewano rozczyn przez sondę, z powodu nieprzyjemnego smaku.
8.		Rano przed doświadczeniem.	10 gm. w 250 cm. sz. aq. dest.	55° C. rano, naczczo.	Po 2 g. jeden stolec mazisty, popołudniu jeszcze trzy stolce wodniste.	Przy ostatnich stolcach wystąpiły bóle.	„
9.	IV. M. l. 24. wieśniak dilatatio ventric stenosis partialis intestini (crassi).	Stolec codziennie; Ostatni dzień przed doświadczeniem.	5 gm. w 250 cm. sz. aq. dest.	18° C. rano, naczczo.	Stolec popołudniu jak zwykle twardy.		
10.		Dnia poprzedniego.	5 gm. w 250 cm. sz. aq. dest. po półgodz. ta sama dawka	„	Popołudniu stolec zwyczajny twardy.	Po zażyciu kruczenie w brzuchu z dokuczliwem kłuciem.	W następnych kilku jeszcze doświadczeniach występowały bole w brzuchu.
11.	V. P. S. l. 32 wojskowy. Hypochondria. Atonia intestinalis.	Stolce nieregularne i zaparte.	Stosowano dawki i 10 gmowe z wodą przekrop.	„	Wynik zawsze ujemny.	Po zażyciu nudności.	Wywoływano stolec rozczynem soli w lewatywach.
12.	VI. K. l. 25 wieśniaczka dysp. nervosa atonia intestinalis.	Stolec po kilka dni zaparty. Ostatni przed 3ma dniami.	5 gm. w 250 cm. sz. aq. dest.	„	Stolca nie było.	Zmniejszenie palenia w dołku podsercowem.	
13.		Lawatywa dnia poprzedniego.	5 gm. w 250 cm. sz. aq. dest. po półgodz. ta sama dawka.	„	Bez skutku podobnie jak i w dwóch następnych dośw.	Kruczenie nudności i „wiercenie" w brzuchu.	Zaprzestano podawać sól per os; stosowano lawatywy.
14.	VII. S. l. 22 szewc hypochondria. Atonia intestinalis.	Stolec nieregularny po kilka dni zatrzymany.	Kilkorazowe stosowanie dawek 5 gm. w 250 cm. sz. aq. dest. lub wody sodowéj.	przy 18° lub 55° C. rano, naczczo.	Nie wywołały stolca.	Powstawała ciężkość i inne sensacye w brzuchu	Stosowano lawatywy ze sztucznéj soli Karlsbadzkiéj.
15.	VIII. G. l. 45 wyrobnica carcin. ventr. Atonia intestin.	Stolce po 3 i 4 dni zatrzymane	Stosowano po 5 i 10 gm. na 250 aq. dest.	18° C. rano, naczczo.	Stolce nie występowały.	Nudności.	Wlewano rozczyn przez sondę.
16.		Ostatni stolec przed 5 dniami	15 gm. w 250 cm. sz aq. dest.	„	Jeden stolec z masy twardéj i mazistéj po 7 godzinach.		„
17.	IX. H. l. 28 krawcowa. Atonia intestin.	Ostatni stolec przed 4 dniami	15 gm. w 250 cm sz. wody sodowéj.	„	Pierwszy stolec po 6½ godziny twardy drugi wodnisty po 9 godzinach.		
18.		Stolec po kilka dni zaparty	5 gm. w 250 cm. sz. wody studziennéj; po półgodziny taka sama dawka.	ciepłota pokojowa rano, naczczo.	Bez skutku.	Nudności po zażyciu.	Trzy następne doświadczenia dają te same ujemne wyniki.
19.	X. Cz. l. 26 dzienny. Atonia intestinalis.	Przed trzema dniami	5 gm. w 250 cm. sz. aq. dest. po półgodzinnych odstępach jeszcze trzy takie same dawki.	„	Po 4 godz. pierwszy, po 4½ drugi, wodnisty; popołudniu jeszcze dwa wodniste stolce. Nazajutrz rano stolec mazisty.	„	Zażyto razem 20 gm. soli.
20.		Stolec po 2 lub trzy dni zaparty; Ostatni przed trzema dniami	5 gm. w 250 cm. sz. wody studziennéj po półgodziny taka sama dawka.	„	Po 1½ godz. pierwszy stolec wodnisty po 1¾ drugi taki sam.	Już po 20 minutach kruczenie i znaczne oddawanie gazów.	Dawki 5 gmowe przed tém 2 razy stosowane były bez skutku.
21.		Ostatni przed 4ma dniami	„	„	Pierwszy stolec stały już po 3 kwadransach, drugi mazisty po 1¼, podczas dnia jeszcze dwa stolce.	„	
22.	XI. P. l. 45 praczka insuff. mitr. Emphysema.	Stolce po kilka dni zaparte ostatni przed 2 dniami.	W dwóch doświadczeniach podawano po 5 gm. w 250 cm. sz. wody studziennéj.	„	W obydwu wypadkach bez skutku.	Chora dostaje nudności drażnienie na wymioty, duszności i bicia serca.	Musiano zaniechać podawania dalszego soli.
23.	XII. R. l. 33. urzędnik. Indywiduum wrażliwe. Atonia int.	Stolec nieregularny; skłonność do rozwolnienia; Ostatni przed 3 dniami.	5 gm. w 250 cm. sz. wody studziennéj.	„	Po 1½ g. pierwszy mazisty, wśród dnia jeszcze trzy stolce wodniste.	Ból głowy podczas zaparcia stolca występujący ustąpił.	
24.		Ostatni dniem przedtem.	„	„	Pierwszy wodnisty po godzinie, a dwa następne wśród dnia.		W kilku następnych doświadczeniach 5 gmowa dawka stale wywoływała stolce obfite.

a	*b*	*c*	*d*	*e*	*f*	*g*	*h*
Liczba dośw.	Przypadek chorobowy.	Zwykłe występowanie stolców i jakość tychże. Czas oddania ostatniego stolca.	Ilość zadanéj soli i rozczynnika.	Ciepłota użytego rozczynu i czas zażycia tegoż.	Czas wystąpienia pierwszego stolca i następnych, jakoteż jakość tychże.	Przypady następowe po użyciu soli.	UWAGI.
25.	XIII. W. l. 32. urzędnik. Atonia intestin.	Stolce co drugi lub trzeci dzień. Ostatni przed dwoma dniami.	5 gm. w 250 cm. sz. aq. dest.	"	Bez skutku.	Kruczenie w brzuchu połączone z nieprzyjemném uczuciem.	Następne doświadczenie uskuteczniono drugiego dnia.
26.		Ostatni przed 3ma dniami.	5 gm. w 250 cm sz. aq. dest. po półgodz. taka sama dawka.	"	Po $1\frac{1}{2}$ g. jeden tylko stolec gęsty.	Kruczenie i parcie na stolec.	Ta sama dawka wywoływała stale jeden lub dwa stolce gęste lub maziste.
27.		Ostatni przed dwoma dniami.	5 gm. w 250 cm. sz. wody sodowéj po półgodz. taka sama dawka.	"	Pierwszy gęsty stolec po 1 g. drugi trzeci wodnisty cuchnący zielonawy po $1\frac{1}{4}$ i $1\frac{3}{4}$ godziny.	Już po kwadransie kruczenie i obfito odejście gazów.	
28.		"	5 gm. w 250 cm. sz. wody selterskiéj po półgodz. taka sama dawka.	"	Pierwszy stolec tylko twardy już po 3 kwandransach, drugi i trzeci wodnisty zielonkowaty cuchnący po 1 i $1\frac{1}{4}$ g.	"	
29.		"	10 gm. w 500 cm. sz. aq. dest.	"	Pierwszy stolec po $1\frac{1}{2}$ g. gęsty, drugi zaraz po nim wodnisty.	Niesmak, nudności, drażnienie do wymiotów.	Tak znaczną ilość rozczynu zaledwie pacyant zdołał wypić.
30.		"	5 gm. w 250 cm. sz. aq. dest. po półgodz. taka sama dawka po 1godz. taka sama dawka.	"	Po $1\frac{1}{2}$ g. stolec mazisty, po $1\frac{3}{4}$, $2\frac{3}{4}$ jakoteż w ciągu dnia 2 stolce wszystkie wodniste.	Silne kruczenie w brzuchu i palenie w kiszce stolcowéj.	Zażyto 15 gm. razem.
31.	XIV. M. l. 28 nauczycielka Atonia intest.	Stolce po trzy do czterech dni zaparty. Ostatni przed 3ma dniami.	5 gm. w 250 cm. sz. aq. dest. po półgodz. taka sama dawka.	"	Stolca przez cały dzień niema.	Pełność w brzuchu, nudności drażnienie do wymiotów.	
32.		Ostatni przed trzema dniami.	5 gm. w 250 cm. sz. aq. dest. po półgodz. ta sama dawka. po półgodziny znów ta sama dawka.	"	Po 6 godz. z masy zbitéj i rzadkiéj składający się.	Nudności po pierwszéj drażnienie na wymioty, po drugiéj, wymioty po 3ciéj dawce.	Wyżyto więc 15 gm. soli Pacyentka wzbrania się dalej używać soli.
33.		"	5 gm. w 250 cm. sz. wody sodowéj po półgodz. ta sama dawka.	"	Bez skutku.	Nudności, a po drugiéj dawce wymioty.	Stosowano następnie tylko lawatywy ze soli karlsbadzkiéj.
34.	XV. P. l. 40 urzędnik Atonia intest. Haemorrhois.	Stolce tylko po lawatywach odchodzą. Ostatnia lawatywa przed dwoma dniami.	5 gm. w 250 cm. sz. wody deszczowéj po półgodziny taka sama dawka.	Ciepłota pokojowa rano, naczczo.	Bez skutku.	Kruczenie, pełność, parcie na stolec z wypieraniem jelita.	
35.		Lawatywa przed 3ma dniami.	5 gm. w 250 cm. sz. wody selterskiéj po półgodz. taka sama dawka.	"	Po godzinie stolec w grudkach z śladami krwi, po $1\frac{1}{2}$ i $1\frac{3}{4}$ stolce wodniste i mocno krwawe.	Mocne parcie na stolec częściowe wyparcie kiszki stolcowéj z guzami krwawnicowemi.	Zaniechano podawania soli karlsbadzkiéj.
36.	XVI. K. C. ksiądz l. 25. Catarrh. ventric. incipiens. Atonia intestin. Hypochondria.	Stolce tylko przy pomocy lawatyw odchodzą.	Kilka razy podawano po 10 gm. naraz w 250 cm. sz. jakoteż w pół godzinnych odstępach po 5 gm. z aq. dest. jakoteż z wodą sodową.	18° C. rano, naczczo.	Bez skutku	Kruczenie w brzuchu i gniecenie po stronie lewéj w okolicy biodrowéj	Przechadzka 2godzinna stolców niewywołała.
37.	XVII. K. B. ksiądz l. 24 Catarrh. ventriculi; atonia intestin.	Stolce po 3—4 dni zatrzymane.	Kilkakrotne stosowanie po 5 gm. na 250 cm. sz. aq. dest. jakoteż wody sodowéj.	przy ciepłocie pokojowéj. rano, naczczo.	Pozostaje bez skutku.	Pełność i przelewanie w brzuchu.	
38.		Stolec przed 4ma dniami	5 gm. na 250 cm. sz. po półgodziny 5 gm. na 250 cm. sz. aq. dest.	Ciepłota pokojowa rano, naczczo.	Po 3 godz. stolec wodnisty z masami twardemi, po 4 i 5 gdz. jeszcze 2 wodniste nazajutrz rano stolec mazisty.	Ulżenie ciążenia w brzuchu.	
39.	XVIII. K. ksiądz l. 26 catarrh. ventric. Atonia intestin.	Stolec bywa zwykle przy pomocy lawatyw oddawany. Lawatywa 2 dni przed dośw.	5 gm. w 250 cm. sz. aq. dest. po półgodz. taka sama dawka	18° C. we 2 godz. po kolacyi	Po 12 godz. jeden mazisty stolec.	W nocy przelewanie i pełność w brzuchu. Sen przerywany.	Ta sama dawka kilkakrotnie stosowana miała ten sam skutek.
40.		Stolec przed 3ma dniami.	5 gm. w 250 cm. sz. wody sodowéj po półgodziny taka sama dawka.	18° C. w 4 godz. po obiedzie.	Po 3 godz. obfity stolec wodnisty z wiatrami, w nocy drugi.	Chory uskarża się na wydymanie żołądka.	
41.	XIX. C. l. 60. emeryt. urzędnik atonia incip post enterit. acut.	Stolec nieregularny po 2—3 dni zaparty.	5 gm. w 250 cm. sz. wody sodowéj.	przy ciepłocie pokojowéj rano, naczczo.	W kilkunastu doświadczeniach występował stale tylko jeden stolec mazisty po 3—4 godz.	Bez żadnych przypadków	Po trzytygodniowym stosowaniu soli karlsbadzkiéj stolec się uregulował.
42.	XX. F. G. l. 22 student. Catarrh. ventr. atonia totius intest.	Stolec do 2—3 dni zaparty.	5 gm. w 250 km. sz. wody studziennéj.	"	W pięciu doświadczeniach występowały w 1—$1\frac{1}{2}$ g. 2—3 stolce rzadkie.	"	
43.	XXI. Z. l. 50 nauczyciel. catarrhus exacerbans intestin i crassi.	Stolec zwykle tylko po lawatywach. Lawatywa przed 2ma dniami.	5 gm. w 250 cm. sz. wody studziennéj po półgodziny taka sama dawka.	"	Po $1\frac{1}{2}$ godziny stolec zbity po $1\frac{3}{4}$ wodnisty z krwią.	Uczucie palenia i parcia na stolec.	Przez cały dzień osłabienie.
44.		Ostatni przed 2ma dniami	5 gm. w 250 cm. sz. wody sodowéj po półgodziny taka sama dawka.	"	Po 1 g. stolec mazisty z kawałkami twardemi i śluzem po $1\frac{1}{2}$ kilka wodnistych z krwią.	"	Pacyent sam niechciał więcéj soli karlsb. używać.
45.	XXII. M. l. 28 artysta catarrh. ventr. mucos. stenosis intes.	Stolec nieregularny. Ostatni przed 2ma dniami.	5 gm. w 250 cm. sz. aq. dest.	55° C. rano, naczczo.	Po 6 godzinach stolec twardy; na drugi dzień rano stolec mazisty.		W celu dokładnego wypróżnienia jelita zwiększano dawkę.
46.		Stolec przed 2ma dniami	5 gm. w 250 cm. sz. aq. dest. po półgodz. taka sama dawka.	18° C. rano, naczczo.	Po 2 godz. obfity stolec w nocy jeszcze dwa stolce maziste.	We 2 g. po zażyciu podrażnienie do wymiotów; wymioty, w nocy bóle w ogr. miejscu brzucha.	Nazajutrz ogólne osłabienie. Podobne objawy wystąpiły i w następnych doświadczeniach.
47.	XXIII. K. l. 22 wyrobnik dilat. ventr. stenos. pylori postulcus. Antonia intest.	Stolec po 8—10 dni zaparty. Ostatni przed 9 dniami.	15 gm. w 250 cm. sz. wody studziennéj.	17° C. w 4 godz. po obiedzie.	Po 9 godzinach stolec obfity masy najprzód twarde potém rzadkie.	W 4 g. po zażyciu mocne rozdymanie w żołądku, potem nudności bole i kłucie w jamie brzusznéj. Chory z powodu tego nie śpi do północy.	W żołądku pozostają zawsze resztki pokarmów nazajutrz, to samo i po użyciu soli żołądek nazajutrz się niewypróżnił

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod topórkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 7 czerwca 1884. № 23. Rok XXIII.

I. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

Przyczynki do Chirurgii.

XIII.

Przyczynek do lokalizacyi skórzaków (cyst dermoidalnych).

Podał Dr. Rudolf Trzebicky,
asystent tejże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 22).

III. Pan prymaryjusz Dr. Orłowski [1]) z Warszawy był łaskaw przesłać panu prof. Mikuliczowi następującą historyję choroby dotyczącą również rzadkiego przypadku skórzaka w okolicy pośladkowéj:

„J. M., przybył do szpitala Dzieciątka Jezus dnia 16go stycznia 1884 r. w celu uwolnienia się od guza w okolicy pośladkowéj prawéj. Guz ten, o ile chory pamięta, wprawdzie niewielki już w dziecięctwie dawał się wymacać, lecz ponieważ zachowywał się zupełnie obojętnie, chory nie zwracał nań uwagi. Przed 5 laty chory przypadkowo spadł ze znacznéj wysokości; od téj chwili datuje znaczne powiększenie guza do tego stopnia, iż już obecnie z powodu bólu i zawadzania, szczególniéj przy siadaniu i leżeniu, zmuszonym jest chory prosić o pomoc. Badanie dało wynik następujący: Chory lat 22 liczący, budowa ciała średnia, odżywienie niezłe. W okolicy pośladkowéj prawéj guz kształtu jajowatego, wielkości spłaszczonéj głowy dorosłego mężczyzny, zajmujący całą tę okolicę; skóra ponad guzem zcieńczała, nieco zaczerwieniona, z guzem zrosnięta, chełbotanie w guzie nie zupełnie wyraźne tak, iż niektórzy z obecnych bardziéj przechylają się do rozpoznania tłuszczaka miękkiego i nie zupełnie zgadzają się na rozpoznanie moje torbiela.“

[1]) Na tém miejscu równocześnie składamy Wmu Panu Drowi Orłowskiemu podziękowanie za łaskawe udzielenie historyi choroby.

„Dnia 25 stycznia po zachloroformowaniu chorego przystąpiliśmy do wycięcia guza, które ze względów operacyjnych było nader prostém. Wycięto kawał skóry zcieńczałéj do guza przyrośniętéj cięciem eliptyczném. Guz znajdował się pod skórą, do mięśni był mocno przyrośniętym, tak iż oddzielenie go wymagało użycia noża na całéj przestrzeni. Ranę zespojono i opatrzono gazą sublimatową.“

„Obecnie (5go marca) rana na wygojeniu a stan chorego zadowalający“.

„Badanie wyciętego guza wykonane w pracowni Dra E. Przewóskiego dało wynik następujący: Ściana torbiela wszędzie miała grubość jednostajną 1½mm. Zewnętrzna powierzchnia worka wszędzie była gładka i dość ostro przechodziła w otaczającą luźną tkankę łączną. Wewnętrzna powierzchnia również była całkiem gładka i albo przedstawiała się pod mikroskopem jako ostro ucięty brzeg tkanki łącznéj stanowiącéj sam worek, albo też była pokryta dosyć cienką warstwą wielowarstwowego płaskiego przybłonka (lub raczéj naskórka). Najgłębsze warstwy tego przybłonka składały się z komórek małych wielobocznych lub krótkich walcowatych o słabo ziarnistém pierwoszczu i wybitném okrągłém jądrze. Powierzchowniejsze warstwy przybierały coraz więcéj formę soczewkowatą, aż nakoniec najpowierzchowniejsze warstwy składały się z komórek płaskich, zrogowaciałych, w których z trudnością można było spostrzedz jądro. Pod warstwą przybłonkową znajdowała się zbita włóknista tkanka łączna. Komórek i naczyń w téj tkance było bardzo mało, miejscami można było spostrzedz komórki wędrujące“.

„Treść torbiela gęsta wszędzie była jednostajna w postaci masy suchéj drobnoziarnistéj koloru szaro-czerwonawo-brunatnego. Ziarna te składały się ze złuszczonego zrogowaciałego przyskórka, z komórek przybłonkowych tłuszczowych ze znaczną domieszką krwi.“

Nowotwory wyłuszczone we wszystkich trzech przypadkach były skórzakami. W pierwszym przemawiały za

tém rozpoznaniem oprócz badania mikroskopowego wiek choréj, głębokie usadowienie guza, zrost z okostną i częściowy ubytek saméj kości w miejscu usadowienia torbiela, przesuwalność skóry ponad ścianą torbiela. W drugim przypadku już badanie treści wydobytéj w pierwszém nacięciu torbieli utwierdziło rozpoznanie; obecność licznych komórek przybłonkowych ułożonych w grudki, obecność licznych drobnych i cienkich włosków już po pierwszém badaniu musiała usunąć wszelką wątpliwość co do natury guza, musiała przekonać, że nie mieliśmy tu wcale do czynienia z ropniem opadowym, jak zrazu sądzono, lecz ze skórzakiem, o którego punkcie wyjścia i usadowienia oczywiście przed doszczętną operacyją nic nie można było powiedzieć. Badanie mikroskopowe ścian torbiela potwierdziło zupełnie to rozpoznanie. Te same wreszcie powody zmuszają do rozpoznania skórzaka i w trzecim przypadku.

Wszystkie te trzy przypadki należą, jak już na wstępie powiedziałem do rzadszych. Wprawdzie statystyka cyst dermoidalnych dotychczas jest jeszcze bardzo niedostateczną, gdyż raz nie wszystkie przypadki zwłaszcza tak zwanych skórzaków „powierzchownych“ ogłaszają, ponieważ nie przedstawiają ani co do miejsca usadowienia, ani co do rozwoju i wyłuszczenia nic osobliwszego, z drugiéj zaś strony, mimo, że już Lebert (*Gaz. med. de Paris* 1852) zwrócił na to uwagę, że one stanowią zupełnie odrębną grupę nowotworów, wszystkie prawie sprawozdania większych klinik i szpitali wliczają je do ogólnéj rubryki nowotworów torbielowatych. Cysty dermoidalne w okolicy potylicowéj są wprawdzie znane, jak w ogóle na głowie w bardzo wielu miejscach się zdarzają, choć potylica nie należy wcale do miejsc, na którychby te cysty często się znajdowały. Lücke (Pitha i Billroth. *Handbuch der allg. u. spec. Chirurgie. Die Lehre von den Geschwülsten*) wyliczając miejsca, na których skórzaki powierzchowne, t. j. bezpośrednio pod skórą położone, na głowie przeważnie się sadowią, przytacza tylko oczodół i jego bezpośrednie otoczenie a co do innych skórzaków na głowie powiada, że są daleko rzadsze i sadowią się przeważnie w linii środkowéj czaszki. Zupełnie tego samego zdania są także Heineke (*Chirurgische Krankheiten des Kopfes* w dziele Pithy i Billrotha) i Fehleisen (*Die Dermoide des Kopfes. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie* 14 t.); ostatni dodaje nawet wyraźnie, że na potylicy zdarzają się tego rodzaju nowotwory bardzo tylko wyjątkowo. Mikulicz (*Beitrag zur Genese der Dermoide am Kopfe. Wiener med. Wochenschrift*, 1876) na 68 przypadków skórzaków głowy znalazł tylko jeden przypadek usadowiony ponad kością potylicową a jeden w saméjże kości.

W miejscu tém zdarzają się wyjątkowo także torbiele innego pochodzenia. Pomijając już nagromadzenie się płynu w torbielach stojących w bezpośrednim związku z jamą czaszki, zdarzają się przypadki, gdzie rozpoznanie przed operacyją bywa bardzo trudne lub nawet niemożebne. Turner (*Edinb. med. Journ.* 1866) opisał przypadek torbiela wielkości jaja kurzego zajmującego okolicę potylicową kobiety 25cio-letniéj; powstanie tego nowotworu odnosiła chora do pierwszych lat życia. Guz ten wyłuszczono, przyczém pokazało się, że treść torbiela stanowił płyn surowicy, przeźroczysty. Gdy chora w kilka dni potém umarła, znaleziono w kości potylicowéj, w miejscu odpowiadającém usadowieniu torbiela, ubytek zamknięty tylko cienką błoną. Prawdopodobnie była to pierwotnie przepuklina opon mózgowych, która z czasem uległszy odsznurowaniu od strony jamy czaszkowéj mogła przedstawiać obraz samoistnego zewnątrz czaszki usadowionego torbiela. Do pewnego stopnia mogłaby punkcyja próbna chronić od podobnych błędów, choć znane są także przypadki, gdzie treść cysty dermoidalnéj stanowił płyn surowiczy.

Co do usadowienia się cyst dermoidalnych w okolicy kiszki stolcowéj, a zwłaszcza pomiędzy nią a kością krzyżową lub ogonową, podręczniki nie podają żadnych szczegółów. Dotychczas obserwowano cysty dermoidalne tylko w następujących miejscach: w oczodole i tegoż bezpośredniém otoczeniu, w okolicy ciemienia wielkiego (Giraldes), w szczęce dolnéj (Mikulicz), w kości czołowéj (Esmarch), w kości potylicowéj (J. Müller), w kości skroniowéj, na potylicy, na dnie jamy ust, w okolicy kości gnykowéj (Heschl), ponad mostkiem, w jajnikach, jądrach, w mózgu, w oku, w *mediastinum anticum* (Lebert i Collenberg), w grasicy, w płucach (Mohr), w okolicy wątroby (Barth i Meckel) w krezce (Andral), w otoczeniu macicy i pomiędzy nią a pęcherzem (Winship i Charcot), na otrzewny (Fränkel), w żołądku (Ruysch) i w gruczole limfatycznym na szyi (Lücke [1]).

O tego rodzaju nowotworach w okolicy kości krzyżowéj i kiszki stolcowéj bardzo skromne znajdujemy uwagi. Podręczniki anatomii patologicznéj i chirurgii, jak niemniéj i Lorinser (Pitha i Billroth), omawiając nowotwory tych okolic rozróżniają tylko torbiele zawierające płyn surowiczy (t. zw. *hygromata*), nowotwory tłuszczakowe i tak zwane złośliwe nowotwory ogonowe. O kaszakach lub skórzakach nie znajdujemy ani wzmianki.

Przeglądając liczne bardzo opisy kazuistyczne najrozmaitszych guzów w tych okolicach obserwowanych mogłem znaleźć zaledwie 4 przypadki do naszego mniéj lub więcéj podobne. Pierwszy opisany przez Walzberga (*Ein Fall von Steissgeschwulst*) w sprawozdaniu z kliniki w Gietyndze od roku 1875—1879 dotyczył dziewczyny lat 26 liczącéj, która już była przyszła na świat z małym guzem pomiędzy końcem kości ogonowéj a otworem stolcowym. Guz ten rósł bardzo wolno i sprawiał choréj dolegliwości tylko przez swoją wielkość i usadowienie. Na wyż podaném miejscu, bardziéj nieco ku stronie lewéj, znajdował się guz miękki, nieprzeźroczysty, wielkości 2ch pięści; żyły ponad guzem mocno porozszerzane, skóra napięta, bardzo mało przesuwalna; chełbotanie wybitne. Nieco bardziéj ku dołowi od tego guza znajdował się guz drugi wielkości jabłka, elastyczny, niechełboczący. Związku z kością ogonową, ani z rdzeniem pacierzowym wykazać nie było można. Śród operacyi podjętéj dla wyłuszczenia tego nowotworu pokazało się, że składał się z 2ch części: dolna twardsza była budowy tłuszczakowéj, górną część zaś stanowił torbiel wielokomorowy o ścianach gładkich, połyskujących, wyścielonych jednowarstwowym przybłonkiem jużto brukowym jużtéżto wałeczkowym. Treść tego torbiela była gęsta, podobna z wejrzenia „do zupy grochowéj“. W skład téj treści wchodziły krople tłuszczu i komórki przybłonkowe mniéj lub więcéj zmienione. Oprócz tego znaleziono w torbielu malutki kawałek kości. Od cysty prowadziła wypustka grubości małego palca w głąb do miednicy. Końca téj wypustki, z któréj wydzielała się ciecz mocno cuchnąca, nie można było dosięgnąć ani palcem, ani zgłębnikiem. To téż nie kuszono się wcale

[1]) Virchow twierdzi wprawdzie, że to nie był skórzak tylko rakowiec. (Virch. Archiv. Band 35).

o wydobycie całéj téj wypustki, tylko odcięto guz tuż przy wejściu do miednicy, a zatokę przestrzykano należycie 3% kwasem karbolowym. Chora opuściła klinikę wyleczona z małą tylko przetoką. Walzberg zalicza ten przypadek do hygromatów, przyznaje jednak sam, że nie było to hygroma takie, jakie się zwykle w tych okolicach zdarza. Zwłaszcza ta okoliczność, że jama wszędzie wyścielona była przybłonkiem jak niemniéj wejrzenie saméj treści „podobnéj do zupy grochowéj" i jéj skład każą podejrzywać, czy nowotwór ten nie był skórzakiem.

Przypadek do naszego w klinice obserwowanego bardzo podobny ogłosił A. N. Sołowiew (Medizinskoje obosrenije, 1883, wrzesień, *Centralblatt f. Chirurgie*, 1884, Nr. 6). U kobiety 29cio letniéj od czasu ostatniego poronienia rozwinęły się ogólne przypady nerwowe, bóle w odnogach, brak apetytu i zboczenia w miesiączkowaniu. Przy badaniu przez pochwę i kiszkę stolcową wykazano guz położony poza odbytnicą i zajmujący prawie całą lewą połowę małéj miednicy. Zrobiono punkcyję przez pochwę, przyczém wypłynęło około 3 szklanek płynu szarawo-żółtego, mętnego, zawierającego kryształki cholestearyny i krople tłuszczu. Gdy w 3 dni potém guz na nowo począł się napełniać, poprowadzono cięcie łukowate o $1\frac{1}{2}$ cm. na lewo od otworu stolcowego i odsłonięto ściany torbiela. Bojąc się nadwerężenia otrzewny nie wyjęto całego torbiela; wycięto tylko część jego ściany i wypłukano pozostałą jamę kwasem karbolowym, poczém rana zamknęła się po 2 miesiącach *per secundam*.

Na tegorocznym Zjeździe chirurgów w Berlinie wspomniał wreszcie Küster, mówiąc o zaletach szwu warstwowego o przypadku wyłuszczenia znacznego skórzaka z okolicy pomiędzy kością ogonową a otworem stolcowym. Przypadek ten wygoił się w przeciągu 8 dni po zastosowaniu warstwowego szwu katgutowego.

Bryk opisał (*Langenbeck's Archiv*, t. 25, 1880) przypadek z kliniki chirurgicznéj krakowskiéj, dotyczący kobiety starszéj, u któréj rozwinął się na pośladku prawym guz wielkości głowy dorosłego mężczyzny. Guz ten sięgał ku przodowi do linii poprowadzonéj w kierunku pionowym od krętarza wielkiego ku grzebieniowi kości biodrowéj ku tyłowi nie dochodził do kości krzyżowéj, ku górze sięgał aż do grzebienia biodrowego a ku dołowi zwisał poniżéj fałdu pośladkowego. Składał on się z części zewnętrznéj większéj i twardszéj i wewnętrznéj dość wyraźnie chełbocącéj. Przy operacyi część zewnętrzna stała dała się wyjąć w całości podczas gdy wewnętrzna pękła, przyczém wylała się ciecz do śmietany podobna, zawierająca przybłonki brukowe, krople tłuszczu i kryształki cholestearyny. Na dnie jamy powstałéj po wyłuszczeniu tych guzów dostrzeżono dwa torbiele ułożone równolegle z mięśniami skręcającemi odnogę dolną ku zewnątrz. Torbiele te z jednéj strony przymocowane były do kości w okolicy krętarza małego, z drugiéj zaś drążyły do miednicy przez otwór kulszowy większy. Torbiele po części wycięto, po części zaś tylko przypalono ścianę termokauterem. Wygojenie nastąpiło dopiero po długotrwałém ropieniu. Bryk uważał te torbiele za zwyrodniałe i w kaszaki zamienione torebki maziste a znajdujące się koło stawu biodrowego. Nie można jednak zupełnie zaprzeczyć możliwości, czy i w tym przypadku nie były to raczéj skórzaki, zwłaszcza że czytamy wyraźnie, iż ściany torbieli były wysłane przybłonkiem brukowym. (Dok. nast.)

II. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

O stosowaniu leczniczém nowéj soli karlsbadzkiéj i zachowaniu się téjże w przewodzie pokarmowym.

Podał na podstawie doświadczeń klinicznych

Dr. W. Jaworski,
Docent Uniwersytetu Jagiell.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 22).

O sposobie powstawania stolców pod wpływem soli karlsbadzkiéj.

Aby się przekonać, w jaki sposób sól karlsbadzka wywołuje wypróżnienia jelit, przedsięwziąłem w obec sprzecznych dotychczasowych zapatrywań na działanie soli w przewodzie pokarmowym na trzech indywiduach następujących 5 doświadczeń, poddając bliższemu badaniu stolce. Ponieważ przekonałem się, że kał badanych indywiduów oddziaływa alkalicznie, zawiera chlorki i ślady siarkanów a przeto z wyników badania stolców żadnego wniosku nie będę mógł uczynić co do ich pochodzenia przeto domięszywałem do podawanych dawek po 0·5 żelasinku potasowego, a w jednem doświadczeniu karmin. Żelasinek potasowy śledziłem w kale za pomocą chlorku żelazowego. Wnioskowałem daléj, że jeżeli w kale znajdę żelasinek potasowy, to tém samém także przynajmniéj część składników użytéj soli karlsbadzkiéj.

Przyp. XXIV. Dośw. 48. Sz. J., l. 23 wyrobnik, *Catarrh. ventr.* Stolec prawidłowy, codziennie bez śluzu i w ogóle czynność jelit prawidłowa. Podano na czczo 5 grm. soli karlsbadzkiéj i 0·5 grm. żelasinku potasowego na ćwierć litra wody przekroplonéj zimnéj; po pół godziny powtórzono tę samą dawkę; po $3\frac{1}{2}$ godz. wystąpił pierwszy stolec kiełbasowaty, alkalicznie oddziaływający od chlorku żelazowego niezmieniający się; po chwili jednak drugi stolec mazisty alkaliczny z chlorkiem żelazowym silnie niebiesko zabarwiający się.

Na drugi dzień badano znów stolec na żelasinek potasowy nie podając przedtém soli karlsbadzkiéj, powstało silne zabarwienie niebieskie; trzeciego dnia powstawało jeszcze słabo-niebieskie zabarwienie stolca. Dla tego następne doświadczenie uskuteczniono dopiero po piątym stolcu.

Dośw. 49. Podano rano na czczo 10 grm. soli i 0·5 żelasinku potasowego w ćwierć litra wody przekroplonéj; po pół godziny znów 5 grm. na ćwierć litra wody przekroplonéj bez dodania żelasinku potasowego w ćwierć litra wody przekroplonéj lecz bez żelasinku potasowego. — Po upływie jednéj godziny stolec kiełbasowaty, obok niego ciecz żółta mazista, oddziaływająca silnie niebiesko na chlorek żelazowy. W ciągu dnia kilka stolców wodnistych, w których stale można było wykazać żelasinek potasowy.

Przyp. XXV. Dośw. 50. J. D., l. 34, służący, *Atonia intestinorum*, zresztą zdrów. Podano rano naczczo 5 grm. soli karlsb. bez żelasinku potasowego na ćwierć litra wody przekroplonéj, po pół godziny podano taką samą dawkę, lecz z 0·5 grm. żelasinku potasowego. Po godzinie od pierwszego zażycia stolec twardy alkaliczny, z chlorkiem żelazowym wcale niebieskiego zabarwienia nie daje; po 2 godzinach stolec mazisty nie zawiera żelasinku potasowego, podano jeszcze 5 gm. soli karlsb. i 0·5 gm. żelasinku potasowego. Po $2\frac{1}{2}$ godz. od pierwszéj dawki, stolec rzadki zielonkowato-żółty, zawiera niestrawione masy ścięgniste cuchnące i daje silne oddziaływanie niebieskie na żelasinek pota

sowy. Następnie wystąpiły jeszcze po $2\frac{3}{4}$ i $3\frac{1}{4}$ godz. stolce brudne wodniste, cuchnące, alkaliczne ze znaczną ilością żelasinku potasowego. Przesącze ze stolców dają z kw. solnym i chlorkiem barowym znaczne zmącenie lecz z kwasami nie burzą.

Dośw. 51. Nazajutrz to samo indywiduum użyło na czczo 10 grm. soli karlsbadzkiéj bez żelasinku potasowego na pół litra wody przekroplonéj. Po $1\frac{1}{2}$ godz. wystąpił stolec kiełbasowaty a po kwadransie drugi przedstawiający gąszcz żółty śluzowy. Stałe kawałki pierwszego stolca zabarwiały się blado-niebiesko od chlorku żelazowego, a gąszcz drugiego przedstawiał zaledwie ślad dostrzegalny smug niebieskawych. Po dwóch godzinach wystąpiły jeszcze dwa stolce wodniste alkaliczne, które wcale oddziaływania na żelasinek nie dawały, natomiast przesącz dawał znaczny osad z chlorkiem borowym lecz żadnego burzenia z kw. solnym.

Przyp. XXVI. Dośw. 52. D., l. 18, chłopiec szewski. Zdrów, stolce prawidłowe. Zabarwiono rozczyn z 10 gm. soli karlsbadzkiéj na pół litra wody przekroplonéj silnie karminem przy ciepłocie pokojowéj i wlano na czczo przez sondę do żołądka. Po godzinie stolec kiełbasowaty żółty, obok gąszczu zupełnie żółtego i alkalicznego. Po $1\frac{1}{2}$ godz. stolec wodnisty czerwonawy z kw. solnym nie burzy, a po dodaniu chlorku barowego daje silne zmącenie.

W dośw. 48 po dwóch godzinach po zażyciu pierwszéj dawki soli mocz wykazuje oddziaływanie kwaśne; po 6 g. oddziaływa alkalicznie, a z chlorkiem żelazowym i kw. azotowym daje zabarwienie niebieskie. Mocz i nazajutrz badany wykazuje jeszcze obecność żelasinku potasowego.

W dośw. 49 mocz po 2 godz. od zażycia soli również kwaśny, po 3 godz. obojętny, po 4 dopiero alkaliczny, oddziaływanie moczu nazajutrz kwaśne, lecz jeszcze ślad w niém żelasinku potasowego.

Wcześniéj stał się mocz alkalicznym w przypadku żołądka prawidłowego XXV 50 i 51. Gdyż w dośw. 50 mocz już po 5 kw. oddziaływał obojętnie, po 6 kwadransach alkalicznie i z kw. solnym burzył i taki pozostawał przez 9 godzin po zażyciu soli.

W dośw. zaś 52 mocz już po godzinie oddziaływał alkalicznie.

Śledząc w ślinie żelasinek potasowy w żadném doświadczeniu nie mogłem tegoż wyśledzić.

Z tych i w tablicach przytoczonych doświadczeń okazują się następujące skutki soli karlsbadzkiéj:

1) Z początku występują tylko wypróżnienia gazowe najczęściéj w przeciągu pierwszego kwadransa.

2) Następnie stolce zawierające kał tylko z jelita grubego.

3) Daléj stolce zawierające treść z wyższych odcinków przewodu pokarmowego.

4) Późniéj stolce zawierające składniki soli karlsbadzkiéj, szczególniéj siarkan sodowy, który już w przeciągu godziny w stolcach może się znajdować, podczas gdy węglan sodowy kwaśny przeważnie przechodzi do obiegu krwi, co jeszcze popartém zostanie następnemi doświadczeniami nad zachowaniem się soli w żołądku.

Wszystkie te objawy wskazują, że pierwsze i przeważne działanie soli karlsbadzkiéj na jelita polega na wzbudzeniu ruchu robaczkowego tychże i to szybkiego, gdyż w niektórych doświadczeniach występowały znaczne wypróżnienia gazowe już w kilkanaście minut po użyciu soli karlsbadzkiéj a treść żołądka mogła być w stolcach wykazaną po godzinie.

O ile w wypróżnieniach bierze udział płyn wydzielony przez błonę śluzową przewodu pokarmowego trudno oznaczyć; zawsze jednak czynność wydzielnicza dla wypróżnień jest podrzędną i ciecz w stolcach wodnistych przechodzi częściowo z użytéj w rozczynie wody jakotéż w znacznéj części z górnych odcinków przewodu pokarmowego.

Z powyższych zjawisk i zapatrywań wyjaśnić można niektóre objawy kliniczne:

1) Że środki podniecające ruch robaczkowy jelit, jak przechadzka, woda sodowa lub selcerska przyspieszają także wypróżnienia powstające w skutek zażycia soli karlsbadzkiéj.

2) Że przy zadrażnieniu błony śluzowéj jelita grubego przy dużych dawkach soli występuje uczucie bólu i palenia w kiszce stolcowéj przez tamże gromadzący się rozczyn solny.

3) Że w upośledzonéj drożności jelit nagromadza się treść słona przed zwężeniem i sprawia uczucie nieprzyjemne, ból i kłucie, analogicznie jak to się dzieje w przypadku zwężenia odźwiernika w skutek gromadzenia się treści ostréj w żołądku.

4) Że działanie soli karlsbadzkiéj jest chwilowe i tylko jeżeli powstaje fala ruchowa w skutek poruszenia robaczkowego jelit występują wypróżnienia u wrażliwych osób nawet ze znaczném parciem, a w patologicznych stanach niekiedy z wypadnięciem jelita. Jeżeli zaś pacyjent przeczeka ten ruch, to pomimo nagromadzenia się znacznéj ilości treści w jelitach wyprożnienie zaraz nie następuje.

5) Że u osób wrażliwych sól karlsbadzka wywołuje silniejszy wpływ na jelita niż u indywiduów ze zmniejszoną pobudliwością nerwową.

O wnioskach klinicznych wysnutych z powyższych faktów pomówię szczegółowo aż przy końcu niniejszéj rozprawy.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. O związku przyczynowym zapalenia dziąseł z innemi chorobami.

(Rzecz miana na Walném Zebraniu Wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół nauk Poznańskiego dnia 23-go Czerwca r. 1881).

Przez Dr. Kaczorowskiego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 22).

1) Pani K., wdowa po obywatelu ziemskim, na początku lutego r. 1880 z zakładu Garczyńskiego przewiezioną została do zakładu Sióstr Miłosierdzia z objawami wygórowanego szaleństwa, połączonego z niedowładem odnóg dolnych.

Chora, licząca 52 lat, dziedzicznie usposobiona, prócz utraty majątku, nagle nawiedzona śmiercią córki, popadłszy przez pewien czas w zadumę, wybuchła najgwałtowniejszą egzaltacyją, zostając w nieprzerwanie dniem i nocą trwającéj agitacyi, krzykach, bredzeniach, z których okazywało się, że ustawicznemi trapiona była halucynacyjami wzroku. Odmawiała przyjmowania pokarmów, które przymusem podawać jéj wypadało, i tylko za pomocą wodnika chloralowego na parę godzin można ją było poskramiać w nieustającém szamotaniu się. W tym stanie pozostawała przez dwa miesiące, gdy nareszcie spowodowany obmierzłém cuchnieniem wydobywającém się z ust choréj, gdzie w dolnéj szczęce sterczało jeszcze pięć ostatnich, już obluzowanych i ogniłemi dziąsłami otoczonych zębów, przystąpiłem do wyrwania tychże i zacząłem choréj podawać co $\frac{1}{2}$ godziny po $\frac{1}{2}$ łyżki mięszanki słono-jodowéj. Po 3 dniach język, dotąd nader grubą warstwą szarego okładu pokryty, oczyszczać a

dziąsła podgajać się zaczęły, chora która poprzednio wszystkie podawane jéj pokarmy za zatrute uważała, sama z wyraźną ochotą jadać zaczęła, a że halucynacyje, jakkolwiek jeszcze ją czasem nagabując, przestały ją straszyć i do gwałtownych popędzać czynów zachowywała się odtąd spokojnie, po dwóch tygodniach zaczęła wstawać z łóżka, a po 4 tygodniach, w czasie których w obec wygórowanéj niedokrwistości podawano środki skrzepiające, zupełnie zdrowa opuściła zakład.

2) A. R., żona doróżkarza, lat 39, dziedzicznie usposobiona, w 3 tygodnie po 7mym połogu popadłszy w szaleństwo peryjodycznie nasilające się po 3 miesięczném trwaniu tegoż oddaną została 21 stycznia 1881 r. do oddziału umysłowo chorych szpitala miejskiego. Ciągle podniecana do ruchów i bredzenia objawia urojenia prześladowcze, w pokarmach podejrzywa truciznę, widocznie podlegając omamom słuchu i smaku. Prócz lekkiego nieżytu macicznego badanie wykrywa obszerne owrzodzenie dziąseł na okół kilku zepsutych zębów, wydających obrzydliwą woń z jamy ustnéj. Gdy w obec zadawania nastoju jodowego z kozłkowym wstrętna woń z ust ustała, chora zaczęła stawać się spokojniejszą, a w tydzień potém, jakby ocknąwszy się z snu głębokiego, przyszła do świadomości dawniejszego obłąkania swojego; dnia 15 lutego, krótko przed miesiączką, uległa lekkiemu powrotowi omamów i zaniepokojeniu, co jednak w parę dni minęło, a dnia 16 kwietnia w pomyślnym stanie odżywienia i zupełnego zdrowia wypuszczoną została [1]).

3) A. K., tokarz, lat 60 wieku liczący, przed 7 laty w tutejszym oddziale dla obłąkanych przez $^1/_2$ roku leczony na ostre pomięszanie, przyjęty został z témże samém cierpieniem umysłowém w końcu lutego r. 1881 licho odżywiony i niedokrwisty. Rozprawia bez przerwy o najdziwaczniejszych rzeczach, śpiewa, deklamuje jak aktor, utrzymywany ciągle w podniesionym ale niegwałtownym nastroju. W jamie ustnéj widać jeszcze dwa środkowe przednie dolne zęby, na około których dziąsła są owrzodziałe i mocno cuchną.

Po zagojeniu dziąseł za pomocą nastoju jodowego w połączeniu z mirowym chory, dawniéj z największym wstrętem przyjmujący pożywienie, nadzwyczaj ożywionego nabrał łaknienia, a uspakajając się z każdym dniem na początku maja zupełnie zdrów wypuszczony został z zakładu wyleczywszy się w przeciągu 2 miesięcy z téj saméj choroby umysłowéj, która za pierwszym razem wymagała półrocznego pobytu w zakładzie.

3) L. A. wędrowny handlarz obrazów treści religijnéj, lat 30, z dziedziczném piętnem choroby umysłowéj w ciągłych podróżach licho żywiący się, popadłszy w zadumę z religijnemi urojeniami, a na początku marca r. 1881 przyjęty do szpitala miejskiego z widoczną niedokrwistością, objawia ogólne przygnębienie, z którego go tylko czasami widzenia religijne pobudzają do opuszczenia łóżka i chwytania w powietrzu mamideł, o których późniéj zeznał, że były osobami świętemi. Nie chce jeść, ledwo pije, zęby ma dosyć zdrowe ale dziąsła mocno zaczerwienione i okropnie z ust mu cuchnie.

[1]) Po 3 latach nieprzerwanego zdrowia umysłowego taż sama osoba znów oddaną została do zakładu w podobnym stanie mniejszego jednak natężenia. I tym razem zachodziło owrzodzenie dziąseł połączone z pruchnieniem zębodołu zepsutego zęba ocznego, po wyrwaniu którego i zagojeniu dziąseł egzaltacyja szybko się uśmierzyła i tylko kiedy niekiedy omamy słuchu, przyznawane przez samą chorą, podczas zbliżającéj się miesiączki bez zaburzenia jeszcze się odzywały a ustały po poprawieniu bardzo upadłego odżywienia.

W miarę gojenia się dziąseł wzmaga się łaknienie już w tydzień po zaczęciu podawania jodu z kozłkiem, halucynacyje wzrokowe ustają, przetwory żeleziste dopełniają leczenia i chory opuszcza zakład w końcu kwietnia zupełnie zdrów [1]).

4) M. S., lat 39, żona wyrobnika, bezdzietna, niedokrewna, nieregularnie miesiączkująca, po przerażeniu się pożarem wybuchłym w jéj mieszkaniu, popadłszy w szaleństwo, dnia 28 lutego r. 1881 przyjęta do szpitala miejskiego bredzi, śpiewa, krzyczy ustawicznie, widuje ludzi i robactwo rozmaite prześladujące ją, odsuwa pożywienie, twierdząc że zatrute, zanieczyszcza się, nie da do siebie przystąpić, objawiając ciągle podniosły nastrój czasem sięgający do urojeń wielkości, dopiero 3ciego dnia mogłem ją zbadać przyczém znalazłem rozlane owrzodzenie dziąseł na około przednich mocno nadpsutych zębów.

Przy użyciu mięszanki nastoju jodo-kozłkowego chora po trzech dniach zaczyna się uspakajać, jadać, 7 marca odzyskuje trochę przytomności, pyta się, zkąd tu przyszła, sypia lepiéj ale jeszcze ciągle zanieczyszcza się. Dnia 9 marca schludna, woła o mięso, zupełnie spokojna, 16 marca na naleganie krewnych wypuszczona z zakładu w zupełnie pomyślnym stanie z przestrogą, żeby dbała o utrzymanie czystości w jamie ustnéj. Dnia 16 kwietnia wraca do zakładu w takim samym jak poprzednio stanie obłąkania, ale także z odnowionem owrzodzeniem dziąseł.

Po zastósowaniu téj saméj terapii w tydzień chora odzyskuje łaknienie, uspokaja się, wraca po 2 tygodniach do przytomności jakby ze snu zbudzona. W trzy dni późniéj z niewiadoméj przyczyny popada znów w podrażnienie umysłowe, bezsenność, ale zajada z doskonałym apetytem [2]).

Oto szereg przypadków zboczenia umysłowego, w których po usunięciu zapalenia i owrzodzenia dziąseł oraz gnijących zębów w pierwszéj linii wstręt i wzbranianie się przyjmowania pokarmów szybko ustępowały a w ślad za niemi i stan umysłowy, szczególniéj gwałtowne jego podniecenia uśmierzały się coraz wyraźniéj. Jakkolwiek w obec ścisléj krytyki nie ostałoby się twierdzenie, że w każdym z tych przypadków wyłącznie podrażnienie jamy ustnéj zostawało w przyczynowym związku z umysłowém zboczeniem, ponieważ wiadomą jest rzeczą, że w chorobach umysłowych

[1]) Po 2 latach nastąpiła recydywa połączona z zapaleniem nerki któremu w przeciągu 2 miesięcy chory uległ.

[2]) Chora ta pozostając odtąd przez dwa lata w zakładzie, gdzie zwolna ustępujące podniecenie zdawało się przechodzić w stan niedołęstwa umysłowego, gdy dobre odżywienie ciągle się utrzymywało powróciła nareszcie do prawidłowego stanu umysłowego, i wypuszczona z zakładu do téj chwili pomyślném cieszy się zdrowiem.

5) Pani A., lat 53, żona obywatela wiejskiego, śród nader obfitych krwotoków z odbytnicy w przebiegu nieżytu grubego jelita i wynikłéj ztąd wielkiéj niedokrewności, popadła w szaleństwo z omamami czucia i urojeniami prześladowczemi. Po bezowocnym pobycie w dwóch zakładach specyjalnych oddana w r. 1883 do zakładu Sióstr miłosierdzia w przewidywaniu bliskiéj śmierci, okazuje prócz krwaworopiastych wydzielin z grubego jelita bardzo rozległe owrzodzenia dziąseł. Przy leczeniu tych fizycznych cierpień za pomocą oleju rycynowego i mięszanki słono-jodowéj po ożywieniu lichego dotąd łaknienia w przeciągu dwóch miesięcy tak dalece poprawił się stan tak cielesny jak i duchowy choréj, dawniéj zgoła nieprzystępnéj dla rodziny, że wyjąwszy urojenia, iż nieprzyjaciele palą ją w nocy na krzyżach, uspokoiła się całkiem i pojednała z mężem; po uchyleniu jednak zbyt rychłém z pod opieki zakładu po kilku miesiącach tak znacznego doznała znowu pobudzenia, że do specyjalnego zakładu na nowo oddać ją wypadło.

(Przypisek późniejszy autora)

„foetor ex ore“ czyli zakażenie jamy ustnéj bardzo zwyczajném, wtórorzędném być może zjawiskiem z powodu odmawiania ze strony chorych regularnego pożywienia i ustawicznych krzykliwych szamotań, skutkiem których jama ustna wysycha, wszelako trudno się oprzeć pokusie przypuszczenia, że pomiędzy ogniskami obwodowemi, zdolnemi wywiązać w usposobionym do zboczeń umysłowych ośrodku nerwowym wybuchy obłąkania—ogniskami, do których w pierwszym rzędzie należą narządy płciowe,— niepośledniе miejsce zajmować może także jama ustna, a szczególniéj tak zasobne w tkankę łączną a zatém skłonne do zapaleń dziąsła. Być może, że w niektórych przypadkach chorób umysłowych, jak np. w drugim tu przytoczonym, prąd podniecający z kilku elementów obwodowych ustroju razem albo kolejno przenosi się na napięte mózgowie, po wygaśnięciu jednego elementu drugi jeszcze wysela coraz bardziéj słabnący strumień, aż po wzmożeniu ogólnéj odporności nerwowéj powraca równowaga czynności umysłowych.

W każdym razie mam sobie za obowiązek zwrócić uwagę ku stronie etyjologii chorób umysłowych dotąd zupełnie odłogiem leżącéj, która zdobywszy sobie uprawnienie rozszerzyłaby niepomału widnokrąg leczniczych, a co ważniejsza jeszcze zapobiegawczych, naszych zachodów.

W końcu pozostaje mi jeszcze nadmienić, że zakażenie dziąseł stać się może zawiązkiem nawet ogólnego charłactwa. Dowodu na to dostarcza nam znany gnilec, rozpoczynający się od zapalenia i owrzodzenia dziąseł a sprowadzający ogólne zakażenie krwi z wynaczynieniami świadczącemi, że jad zaszczepiony w dziąsłach wzdłuż naczyń krwionośnych po całym rozchodzi się ustroju.

Przypadek podobny do gnilca, u nas prawie wcale nienapotykanego, zdarzyło mi się spostrzegać w roku 1874 u niewiasty niezamężnéj, około 50 lat liczącéj, do któréj mnie przyzwał kol. Freudenreich. Osoba ta, niezostająca pod względem żywienia się w warunkach sprzyjających wywiązaniu się gnilca, popadła w wygórowaną niedokrwistość, w następstwie czego dolne odnogi mocno obrzękły i pokryły się mnóstwem małych wybroczyn. Wielki upadek sił przykuł chorą już od dwóch miesięcy do łoża, a wszelkie możliwe środki lecznicze okazywały się przeciwko téj niemocy bezskutecznemi. W jamie ustnéj pacyjentki uderzyły uwagę moją ogromne pokłady kamienia zębowego zakrywające dwa centymetry grubym wałem trzy tylko jeszcze pozostałe, w środku dolnéj szczęki umiejscowione zęby. Górna bezzębowa szczęka była zupełnie zdrową, natomiast dziąsła dolnéj były nabrzmiałe, sinawe z brzegami nieco ropiejącemi.

Upatrując w tym stanie dziąseł całą przyczynę charłactwa doradziłem, celem zagojenia dziąseł, usunięcie tak ogromnych złogów kamienia jak i zębów, po dokonaniu czego chora, używając żelaza, w przeciągu dwóch tygodni odzyskała zdrowie.

W dalszym biegu lat spostrzegałem bardzo liczne przypadki przedwczesnego uwiądu starczego w towarzystwie obszernego gnicia dziąseł i zębów i nie mogę się oprzeć przeświadczeniu, że punktem wyjścia rychłego starzenia się są ustawiczne zakażenia jamy ustnéj roznoszące po całym ustroju zarodki powolnego zapalenia i zwyrodnienia miażdżycowego tętnic i wsierdzia, skutkiem czego powoli więdną najważniejsze narządy i przedwczesną śmierć sprowadzają. Dawne więc nasze przysłowie o czerstwych starcach, że mają „twarde zęby“ jest pełne prawdy, bo przetłumaczone w myśl naszą, znaczy, że ludzie o zdrowych zębach i dziąsłach nie tak łatwo są przystępnymi dla otaczających nas zewsząd niewidomych wrogów zdrowia.

Spostrzegłem także, że wiele osób od czasu jak zaczęło nosić wprawione zęby, zaniedbując przytém starannego utrzymywania czystości w jamie ustnéj, ni ztąd ni z owąd chorować zaczęło na kamienie żółciowe i moczowe, których pierwszym zawiązkiem stają się grzybki wychodowane pod oprawą sztucznych zębów a do krwi obiegu przeniesione.

Jakkolwiek zapatrywania nasze co do złowrogiego znaczenia spraw zapalnych w jamie ustnéj, w szczególności dziąseł i zębów, mogłyby być przesadzone i zbyt jednostronne to jednak w obec coraz bardziéj ustalającego się uznania chorobotwórczéj roli drobnych ustrojów roślinnych nikt zaprzeczyć nie może, że ustawiczne zakażenie jamy ustnéj przy gnijących zębach i dziąsłach nie może być obojętném dla zdrowia naszego, nie mniéj, że rozpowszechniająca się obecnie we wszystkich kierunkach zdrowotnych dezynfekcyja w narządzie najbliższym, tak dotkliwie obrażanych zmysłów naszych, jakim jest jama ustna, zanadto macoszego ze strony lekarskiéj doznaje uwzględnienia. Pielęgnowanie jamy ustnéj, według zdania naszego, winno wyróść na jeden z najważniejszych przedmiotów higijenicznych zabiegów nie jak się po większéj części dzieje, w ręku przekupniów wyrobów kosmetycznych albo dentystów, ale w ręku lekarzy, tak za czasów zdrowia jak przedewszystkiem w przebiegu każdéj choroby, gdzie najstaranniejsza dezynfekcyja, już dla samego ocalenia podupadającego łaknienia, stanowić powinna jedno z najkardynalniejszych wskazań leczniczych. Potrzeba takiego wskazania staje się tém natarczywszą w obecnych czasach, gdzie większa część ludności zaopatruje się w sztuczne zęby, przyczyniające się w obec niestósownego zachowania się do tém większego zanieczyszczania wstępnego przybytku ciała naszego.

IV. Kazuistyka lekarska w Turcyi.

Zebrał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 20).

Długotrwały charakter cierpienia, ustalone przekonanie, że tylko czas może sprzyjać pomyślnemu zakończeniu się tego stanu chorobowego, brak pojawów dokuczliwych lub mogących oddziałać szkodliwie na ogólny stan zdrowia, pewność wreszcie, że guz nikogo nie zwykł oszczędzać, oto są przyczyny sprzyjające, że w ogólnéj liczbie przypadków nic się nie przedsiębierze w celu działania leczniczego ku zapobieżeniu lub ku przyspieszeniu zakończenia się procesu chorobowego. Dopóki więc formujący się gruzełek pozostaje w stanie stwardnienia, a towarzyszące mu zapalenie tkanek otaczających wywołuje opuchlinę części dotkniętych, dopóty okładanie go miąższem z gatunku daktyli zwanych Bedrawi jest jedynym środkiem ludowym, powszechnie tu używanym. Z chwilą przejścia gruzełka w stan rozmiękczenia i następnego owrzodzenia całe leczenie ogranicza się do utrzymania czystości przez zastosowanie częstych obmywań wodą. Tylko jedne kobiety Persyjanki używają suchych liści z *Pterocarya fraxinifolia,* któremi okrywają owrzodzenia, po pierwotném zwilżeniu ich ciepłém mlekiem. Ma to sprzyjać łatwiejszemu odpadaniu strupów, pod podobném przykryciem nieprzechodzących w stan łuskowego rozpadu. Beduini znowu zamieszkujący przestrzeń od południowéj granicy Syryi aż do tak zwanéj Arabii kamienistéj, pozo-

stawiając guz sobie samemu aż do chwili jego rozmiękczenia, używają późniéj soku z Balsamodendron-Kafal, zmniejszający jakoby wydzielinę, a tém samém przyspieszający gojenie się. Nie ma atoli pewności, czy którykolwiek z tych sposobów sprowadził pożądany skutek. I jakkolwiek zastosowanie tak liści jak i soku z zacytowanych roślin znalazło pewne wzięcie i u mieszkańców miast, to jednak byłoby śmiesznem przypisywać im istotną własność leczniczą. Jedynym zaś środkiem skracającym długie trwanie guza są kwasy mineralne, żelazo rozpalone do białości lub węgle żarzące. Lecz na poddanie się podobnym środkom leczniczym potrzeba posiadać najprzód znakomity zasób energii a następnie czuć konieczną potrzebę pozbycia się guza. Przypadki jednak podobnego leczenia się są tutaj znane i co więcéj, że uważano je w sferach wysokich tutejszych urzędników. Przykład leczenia się żony b. gubernatora Bagdadu Midata paszy wart istotnie zacytowania. Młoda Czerkieska przywieziona ze Stambułu, aby być ozdobą i podnieść wdzięk haremu wielkorządcy bogatéj téj prowincyi, zaledwie że przybyła na miejsce, od razu téż zapoznała się z nagminnie panującym tu guzem. Ten ostatni obrawszy sobie za siedlisko duży palec u prawéj nogi stał się dla młodéj niewiasty przyczyną złego humoru, który należało polepszyć, bo tego wymagała fantazyja jéj pana i męża. Odważna Czerkieska każe więc podać sobie kilka żarzących węgli, któremi paląc rozmiękłą powierzchnię guza tyle zyskuje, że skraca zwykły przebieg sprawy chorobowéj, a tém samém przyspiesza o cztery miesiące zabliźnienie się owrzodzenia. Jedyny ten przykład nie znalazł jednak naśladowców. I dopóki istotna natura cierpienia nie zostanie naukowo wykazaną, dopóty nie należy się spodziewać, ażeby leczenie czy to środkami ludowemi, czy też zastosowywaniem kwasów mineralnych lub rozpalonego żelaza mogło być uznane za racyjonalne i korzystne.

Przed paru laty miałem sposobność przejrzenia kilku zeszytów *Bombay medic. Record.* Jakżeż wielkie było moje zdziwienie, gdy znalazłem tam pracę Dra Latynka z Warszawy, lekarza garnizonu w Hilleh, podającą właśnie dokonane badania nad naturą guza bagdadzkiego. Podając w wątpliwość wyłączny wpływ wody do picia na powstawanie tego cierpienia, rodak nasz i kolega opierając się na dokonanych przez siebie poszukiwaniach drobnowidowych, dochodzi do wniosku, że przyczyną sprzyjającą powstawaniu guza jest właściwy gatunek prątków, które udało mu się odkryć najprzód w wydzielinie guza, a następnie i w cienkich warstwach oddzielonych strupów? Otóż jak widzimy i na krańcach tureckiego Wschodu zdołano odszukać owe nieskończenie małe istoty, przeznaczone, jak się zdaje, do sprowadzenia prawdziwego przewrotu w dotychczasowych zapatrywaniach się na etyjologiję guza. I jakkolwiek guz bagdadzki czy alepski mało kogo interesuje, to jednak wynik poszukiwań Dra Lanzoniego witamy z całém zaciekawieniem, żałując bardzo, że jego spostrzeżenia nie zostały pomieszczone w piśmie bardziéj dostępném dla ogółu interesujących się. Potwierdzenia jego badań potrzeba żądać od lekarzy daléj praktykujących w Syryi i Mezopotamii, na dziś ograniczając się tylko do zanotowania przypuszczenia możebnéj pasorzytowéj natury opisanego cierpienia.

W programie mych studyjów nad chorobami skórnemi w Turcyi drugie miejsce zajmuje trąd i kwestyja trędowatych.—Wstępując na ziemię dawnéj niewoli babilońskiéj wybranego ludu, przypuszczałem, że jeszcze i dzisiaj znajdę tu sposobność spotkania się z przykładami wstrętnego tego cierpienia i przekonam się o słuszności opisów i rad podanych przez autora księgi Lewitów (roz. XII i XIV). Zawiodłem się jednak. Czas, przenoszenie się mieszkańców z jednéj okolicy w drugą, odmienny ustrój społeczny, a dodam także że i stosunkowo lepsze warunki higijeniczne, wpłynęły bezwarunkowo na zmniejszenie się ilości trędowatych, tak, że dzisiaj stan ten chorobowy wyrugowany z okolic dawniéj zeń słynnych, umiejscowił się niejako w południowych tylko prowincyjach Syryi, mianowicie w okolicach Jafy, Jerozolimy, Silvam i Nepluzy. W niektórych z tych miejsc rząd turecki, przekonany o zaraźliwości choroby i dziedzicznym jéj wpływie, pozakładał schronienia dla tego rodzaju nieszczęśliwych chorych. Dobroczynność obcych nie opóźniła się także przyjść z pomocą fundując w pobliżu Jafy szpital dla trędowatych, położony w cieniu odwiecznych drzew, otoczony ogrodami i jakkolwiek dość szczupły utrzymany jednak bardzo dobrze i odpowiadający ściśle wymaganiom higijenicznym. Dr. Chaplin kieruje tutaj służbą lekarską i z całém poświęceniem opiekuje się chorymi umieszczonymi w dwóch oddziałach, górnym dla kobiet i dolnym dla mężczyzn. Od szpitali prywatnych różnią się bardzo zakłady rządowe. Miałem sposobność zwiedzenia jednego z nich, mianowicie w Silvam, i opis, jaki podaję, wystarczy do nabycia przekonania, że biedni trędowaci nie tylko że są skazani na znoszenie cierpienia, ale nadto są poddani rygorowi zakładów rządowych bardzo dla nich przykremu. Zakład w Silvam jestto długi drewniany budynek, z widokiem na dolinę Cedronu, podzielony na pewną ilość komórek 3 metry szerokich i 7 długich, bez okien i drzwi, do których światło dzienne dochodzi otworami pozostawionemi na umieszczenie okien. Każda z takich komórek służy na mieszkanie dla jednéj rodziny trędowatych, spoczywających zwykle na poszarpanych kawałkach starego dywana, i mających do okrycia się zaledwie nędzną jakąś płachtę. W pośrodku stancyjki, między dwoma kamieniami tli się ciągle małe ognisko, z którego wydzielający się dym może być uważany za środek odwietrzający nędzne te siedziby. Regulamin zakładu pozwala chorym przepędzać cały dzień na zewnątrz, byleby tylko z ostatnim promieniem zachodzącego słońca skryli się znowu w swych stancyjkach. Odwiedzanie miast jest im zupełnie wzbronioném, a zaopatrywanie się w żywność jest tylko możebném drogą jałmużny otrzymanéj od odwiedzających. W tym celu każda z komórek posiada tak zwaną „Kabieh," rodzaj wielkich dzbanów wyrobionych z gliny pomieszanéj ze słomą, w które rzucają się otrzymane dary. W podobnych zakładach trędowaci są pozostawieni sami sobie, poddani władzy „Szeika" wybranego z pośród siebie i również dotkniętego trądem, pozostają w największém zaniedbaniu i nędzy, niemniéj jednak żenią się i reprodukują, jakby tworzyli zwykłą społeczną korporacyję. Godném jest uwagi, że dzieci trędowatych między 7—9 rokiem życia ulegają cierpieniu rodziców. Lekarz nigdy nie odwiedza tych zakładów. I choć „Szeik" trędowatych, mający prawo odwiedzania Jerozolimy i Kamleh, zanosi częste i gorące prośby o pomoc lekarską, to jednak władza miejscowa pozostaje głuchą na te słuszne błagania, dbając tylko, ażeby powagą policyjnego dozorcy utrzymać ścisłe zastósowanie powyżéj zacytowanego regulaminu.

Typowy obraz chorych dotkniętych trądem jest następujący: Na twarzy, odnogach górnych i dolnych, na ramieniu i kolanach, spostrzegamy więcéj lub mniéj znaczne gru-

zełkowate obrzmienia, które po pewnym upływie czasu, niedającym się ściśle określić, przechodzą w stan rozmiękczenia i tworzą obszerne owrzodzenia, występujące głównie na odnogach. Następstwem owrzodzeń, sięgających zwykle aż do warstw tkanki mięśniowéj, bywa zgorzelina, wydzielająca ropę nadzwyczaj cuchnącą. Gdy zaś sprawa owrzodzeń dotyka stawów, wtedy niszcząc je jest w stanie sprowadzić odpadnięcie tego lub owego członka. U niektórych chorych zauważałem także zniszczenie kości nosowych powstałe w skutek owrzodzeń twarzy. Trędowaci tylko do czasu dojścia pierwotnych gruzełków do okresu rozmiękczenia mogą jeszcze chodzić. Z chwilą jednak rozwoju owrzodzeń, tracąc powoli wszelką możność ruchu, pozostają jakby zakopani w nędznych kryjówkach. Wejrzenie ich wtedy w istocie jest wstrętném; a bóle, jakie znoszą z całą rezygnacyją, wzbudzają prawdziwe współczucie. Wszystkie przykłady trądu spotykane w Syryi przedstawiają formę pospolitą *(Lepra vulgaris)*, któréj cechą są łuski zawsze czarniawe, pokrywające owrzodzenia półokrągłe ukazujące w środku tkankę zupełnie zdrową. Łuski te powiększają się powoli, dochodzą niekiedy znacznéj szerokości, nigdy jednak nie łączą się z sobą. Cierpieniu w całym jego przebiegu towarzyszy łagodne tylko swędzenie. Za przyczynę trądu wypada tu przypuścić nędzę, niedostatek, nieochędóstwo, a głównie działanie wysokiego stopnia ciepłoty. Podług doświadczeń Dra Lewiego, lekarza w szpitalu Rotszylda w Jerozolimie, wszyscy istniejący tu trędowaci należą do kasty religijnéj Izmaelitów, sąto sami wieśniacy, prowadzący życie gnuśne i próżniacze. Pośród mieszkańców miast syryjskich trądu nie zauważono. Izraelici dzisiejsi są także od niego wolni. Choroba będąc uporczywą, z przebiegiem i trwaniem niedającemi się określić, czasem ustępuje sama przez się, mianowicie przy zmianie sposobu życia i miejsca pobytu. Pory roku zdają się także wywierać pewien wpływ na łagodniejszy przebieg trądu. Z tego jednak prawidła należy wyłączyć starców, u których cierpienie jest nieuleczném. I choć u dzieci cierpienie występuje między 7—9 rokiem życia, to jednak parę przykładów trądu u niemowląt, także zdołano zauważyć. Sąto wszakże przypadki nadzwyczaj rzadkie. Dotąd na tureckim Wschodzie utrzymywał się jeszcze zwyczaj, że trędowaci złączeni w korporacyję, mieszczą się w pewnych tylko okolicach. Zwyczaj zaś ten głównie i wyłącznie uważamy po wsiach i miasteczkach położonych w pobliżu Jerozolimy, gdzie nieszczęśliwym chorym częściéj spadnie jakaś okruszyna, rzucona ręką licznych obcych przybyszów. (C. d. n.)

V. Oceny i sprawozdania.

Pick: **O stosowaniu chininu w postaci czopków.**

Autor wyraża zdziwienie, że sposób wymieniony wprowadzania tego leku zwłaszcza u dzieci tak mało dotąd jest w użyciu. Przytoczone zapiski z historyi chorób dzieci leczonych świadczą dowodnie, że ten sposób ma niezaprzeczenie wyższość nad wszelkim innym sposobem podawania. Doświadczenie pouczyło, że rozczyny wstrzykiwane do odbytnicy bywają wkrótce wypierane a zaradzić temu nie można żadną miarą, podczas gdy dzieci znoszą dobrze czopki składające się z chlorku chininu i odpowiedniéj ilości masła kakaowego (np. *1·0* do *1·5 Chinini muriat.* na *2·0 Butyr. Cacao*). Dawkę nieco większą stosuje autor, gdyż środek nie bywa wszystek wessany i część odchodzi po kilku godzinach z resztkami rozpuszczonego masła kakaowego. Przed wprowadzeniem czopka leczniczego, co czasem z korzyścią nawet we śnie uskutecznić można, należy oczyścić odbytnicę letnią wodą, ale pomiędzy tym zabiegiem a samém wprowadzeniem leku najlepiéj zrobić przerwę godzinę trwającą, aby uspokoić jelito zadrażnione i pobudzone do ruchu pierwszym zabiegiem. Nawet u dorosłych z upośledzeniem chłonienia w pierwszych drogach pokarmowych nadaje się ten sposób stosowania leku, naturalnie w dawce odpowiednio powiększonéj, zwłaszcza u osób i dzieci takich, u których nawet małe dawki chininu podane go w opłatku sprawiają uporczywe wymioty. (*Deutsche med. Wochenschr.*, 1884, Nr. 18). *Dr. Schaitter.*

W. Nolen: **O tak zwanym gośćcu rzeżączkowym stawów.**

Autor zebrał z literatury 116 przypadków gośćca rzeżączkowego i dodał do nich opis jeszcze kilku przypadków przez siebie obserwowanych. Na podstawie tego przychodzi autor do następujących wniosków: Co do etyjologii, tak jak w zwykłym reumatyzmie i tutaj można zawsze wyszukać przyczyny w postaci zaziębienia itp., podobnież i tutaj reumatyzm t. zw. rzeżączkowy występuje najczęściéj u ludzi młodych do 30 roku. Tor gorączkowy t. zw. rzeżączkowego reumatyzmu zgadza się zupełnie z torem zwykłym w reumatyzmie. Twierdzenie, jakoby się reumatyzm rzeżączkowy tylko do jednego stawu ograniczał, czémby się różnił od zwykłego gośćca, jest zdaniem autora niesłuszne. Również objawy podmiotowe, jak ból itp., nie okazują różnicy między obydwoma rodzajami gośćca. Niesłusznem jest daléj twierdzenie, aby reumatyzm rzeżączkowy szczególniéj usposabiał do powstawania *hydarthrosis.* Poty, które mają cechować reumatyzm zwykły, występują i w gośćcu rzeżączkowym. Niesłusznie również kładziono daléj nacisk na powikłania z chorobami oczu, bo te i w zwykłym reumatyzmie występują. Twierdzono daléj, że większe bogactwo krwi pod względem włóknika *(état coneuneuse du sang)* jest charakterystyczném dla zwykłego gośćca stawowego, udowodniono już atoli, że to zwiększanie się ilości włóknika w krwi może się wydarzyć tak w reumatyzmie rzeżączkowym jak i w zwykłym, a bynajmniéj nie jest stałym objawem w obydwóch reumatyzmach. Co do powikłania z chorobami serca, to i reumatyzm t. zw. rzeżączkowy wywołuje różne zboczenia w narządzie krążenia, niekiedy z bardzo ciężkim przebiegiem. Co do tłumaczenia, że zapalenie gośćcowe w rzeżączce powstaje na drodze odruchów przez zadrażnienie nerwów czuciowych płciowych, to już Senator udowodnił bezpodstawność takiego przypuszczenia.

Na podstawie więc przytoczonych faktów autor twierdzi, że *rheumatismus gonorrhoicus* jest zupełnie identyczném cierpieniem ze zwykłym gośćcem stawowym i zależy li tylko od indywidualnéj skłonności chorego. (*D. Arch. f. klin. Med.* 1883). Ω.

E. Zillner: **Pęknięcie zagięcia esowatego u noworodków wśród porodu.**

Ze względu na szczególniejsze znaczenie, zwłaszcza dla lekarzy sądowych, podajemy obszerne streszczenie rozprawy autora, opartéj na gruntownem badaniu czterech przypadków w prosektoryjum sądowo-lekarskiém wiedeńskiém.

Okoliczność, że w krótkich stosunkowo odstępach czasu pojawiły się na stole sekcyjnym wymienionego Zakładu zwłoki czterech noworodków, zmarłych z zapalenia otrzewny po pęknięciu zgięcia esowatego jelita grubego, zwróciła uwagę

autora i skłoniła go do podjęcia dokładnego zbadania tych przypadków, jak niemniéj do badania za pomocą doświadczeń czyli téż wywoływanie uszkodzenia tego nie jest nowym sposobem pozbywania się potomstwa. Nie chcąc tutaj przytaczać protokołów sekcyjnych opisanych przypadków podajemy tylko, że oprócz zmian odpowiadających świeżemu zapaleniu otrzewny, w skutek wystąpienia treści jelita do jamy brzusznéj znaleziono we wszystkich czterech przypadkach pęknięcie poprzeczne pętli esowatéj w rozmiarze od 8mm. do otworów obejmujących więcéj niż połowę obwodu jelita. Nie poprzestając na sprawdzeniu, opisie i doświadczalném badaniu téj zmiany, starał się autor z wywiadów uzyskać krótki rys przebiegu porodu i historyję 12to- do 15to-godzinnego życie tych noworodków, i okazało się, że dzieci te pochodziły od wieloródek (2ch chłopców i dwie dziewcząt), były donoszone, poród odbywał się bez pomocy lekarskiéj jedynie przy pomocy akuszerek. Po porodzie dzieci kwiliły i nie ssały wcale, smółka nie odchodziła dobrowolnie tak że prawie zawsze musiano podać lawatywę z mniéj lub więcéj wydatnym skutkiem. W przypadkach tych spostrzegano wkrótce po porodzie mniejsze lub większe wzdęcie powłok brzusznych a śmierć nastawała w kilkanaście godzin wśród sinicy.

Najbliżéj naturalnie leżało przypuszczenie, że zmianę opisaną wywołano przez niezręczne podanie lawatywy to téż najpierw w tym kierunku podjął Z. badanie doświadczalne, gdyż z wywiadów nie było można nabrać przekonania, że rzecz ma się tak rzeczywiście. Odległość pęknięcia jelita od otworu stolcowego wynosiła w tych 4ch przypadkach 18·5, 17, 26·5 i 15cm., szerokość otworów 8, 12, 20 i 14mm.; długość rurek od strzykawek wynosi 6·5 do 7·5cm. a kończą się one gałeczkowatemi zaokrągleniami szerokości 5 do 6mm., tak więc okazuje się, że rurką od strzykawek zwykle używanych nie można się dostać tak wysoko. Dalsze doświadczenia wykazały, że przebijając taką rurką jelito na zwłokach otrzymuje się otwory o całkiem innéj postaci, a mianowicie trzy szpary leżące na sobie, z których każda przebiega w innym kierunku jak to już Hofmann wykazał: *Ueber Stichwunden in Bezug auf das verletzende Werkzeug und dessen Erkennung. Wr. med. Jahrb.* 1881, 216). Rozmiary otworów sztucznie rurką zrobionych były za małe (4 do 6mm.).

Zupełny brak podbiegnięć i otarć błony śluzowéj w okolicy zgięcia jelita zezwalał wykluczyć sprowadzenie pęknięcia przez wstrzykiwanie nader silnego prądu wody do jelita, brakło również takich śladów obrażenia w prostnicy, gdzie przecież przedewszystkiém powstać byłyby musiały. Doświadczenia wykazały, że pęknięcie jelita w skutek ciśnienia wody powstaje dopiero przy użyciu tak znacznéj siły jakiéj akuszerki rozwinąć nie mogą, przy bardzo znacznem ciśnieniu nie dostaje się nawet woda tak wysoko lecz bywa wstrzymaną fałdami prostnicy i wytryskuje po obu stronach rurki z otworu stolcowego. Dopiero gdy się jelito podwiąże, pośladki do wprowadzonéj rurki silnie przyciśnie i silny prąd wody do jelita wstrzykuje, powstaje pęknięcie najprzód otrzewny (podłużnie) wzdłuż pasma wolnego (*taenia libera*). Pęknięcie leży tuż obok miejsca podwiązanego czasem wśród tych okoliczności pęka prostnica.

O powstaniu pęknięcia wśród zabiegu operacyjnego, a mianowicie wydobywania płodu, mówić nie można w tych przypadkach, gdyż porody odbyły się dobrowolnie.

Aby wreszcie rozstrzygnąć, czy wprowadzenie narzędzia tępego do odbytnicy może sprowadzić takie następstwa, wprowadzał Z. do zwłok dzieci różne przedmioty, a mianowicie katetery kobiece, tępe trzonki skalpela itp. i przekonał się na 15tu zwłokach, że przedmioty tego rodzaju można wprowadzać na 4 do 6cm., w tém miejscu utykają one, zetknąwszy się z fałdem poprzecznym odbytnicy (*Plica transversalis* Kohlrausch). Nabywszy pewnéj wprawy zdołał wprowadzić narzędzia tępe na 9 do 14·5cm. zależało to od wielkości dziecka. W ostatnim razie można było wyczuć koniec narzędzia pod lewym łukiem żebrowym, gdyż dotąd wyciągło się jelito. Dodać należy, że rzecz tak ma się na zwłokach, u dzieci żywych musi jeszcze wejść w rachubę skurcz mięśni prążkowanych i gładkich, oddziaływających na zadrażnienie ciałem obcém. Tak więc z pewnością przyjąć należy, że profan podejmując taki zabieg w celu skrytobójczym zdoła zaledwie na 4 do 6cm. wprowadzić ciało obce i przebije w tym razie przodkową ścianę odbytnicy dążąc do *Cavum Douglasi*; a gdyby nawet udało mu się wprowadzić narzędzie znacznie głębiéj, to otwór tym sposobem wywołany będzie się znacznie różnił od otworów znalezionych u czterech noworodków. Kateterem kobiecym wywoływał otwory o szerokości 5 do 6mm., trzonkiem skalpela zaś otwory o ścianach gładkich szerokości 8mm., zazwyczaj mniejsze aniżeli narzędzia, któremi wywołane zostały.

Oprócz okoliczności przytoczonych przemawia jeszcze jedna przeciw przypuszczeniu, że obrażenie tego rodzaju może sprowadzić ręka zbrodniarza, a mianowicie zamach tego rodzaju musiałby bez wątpienia sprowadzić spustoszenia rozleglejsze, uszkodzić fałd poprzeczny *plica transversalis*) a nawet dosięgnąć wątroby, wogóle narządów wyżéj położonych a to w miarę czy pętla esowata jest dłuższą lub krótszą i zależnie od jéj ułożenia. Doświadczenie poucza, że wśród usiłowań podejmowanych celem spędzenia płodu niejednokrotnie przebitém zostaje dno macicy, ręka niewprawna przebija ściany macicy nie czując lub nie oceniając należycie ich oporu chociaż zabieg był skierowany ku przebiciu samych błon płodowych, przypuścić tedy należy, że i w tym przypadku sprowadzonoby znaczniejsze spustoszenia.

Tak więc żadnéj z wyliczonych okoliczności nie można przypisać tego zgubnego działania; przeciw przypuszczeniu zamachu zbrodniczego przemawiał również charakter tych przypadków o tyle, że zasięgając wiadomości o tych noworodkach spotykał autor gotowość do dawania wyjaśnień, szczerość i otwartość ze strony rodziców, którzy nawet z pewném zajęciem dopytywali się o przyczynę śmierci swoich dzieci. Nadto dodać należy, że oprócz jednego dzieci te były z łoża prawego, a więc znowu jedna okoliczność więcéj, przemawiająca przeciw przypuszczeniu zamachu zbrodniczego.

Chcąc przecież wytłumaczyć powstawanie tego pęknięcia jelita rozumuje autor w ten sposób: Wśród aktu porodowego obejmują części płciowe matczyne brzuch noworodka i wywierają nań pewien ucisk. W chwili téj pęka jelito esowate w tych przypadkach, w których pętla tegoż, wypełniona smółką i będąca na względnie długiéj krezce wygiętą była ku górze lub ku dołowi tak, że ucisk działając na oba ramiona pętli równocześnie nie dozwalał na przesunięcie się treści lecz wypychał ją ku szczytowi pętli, w którémto miejscu nastąpiło pęknięcie wtedy gdy ucisk był dostatecznym do wywołania téj zmiany a ułożenie pętli również było korzystne. Doświadczenia stwierdziły prawdziwość tego przypuszczenia. Zrazu wypełniał Z. pętlę powietrzem lecz sprężysty i ściśliwy ten środek nie był odpowiednim do sprowadzenia warunków zbliżonych do rzeczywi-

stości. Dopiero wypełniając jelito wodą i wywierając nagle ucisk na powłoki brzuszne lub uderzając je w sposób odpowiedni, zdołał wywoływać pęknięcia podobne zupełnie do znalezionych na zwłokach noworodków. Zachodzi tutaj coś podobnego jak przy uwięźniętéj pętli jelita w przepuklinie, która jednak część przewodu rodnego ma znaczenie podobne jak brama przepuklinowa tego autor stanowczo nie podaje. (*Virchow's Archiv*, B. 96, 1884). *Dr. Schaitter.*

VI. Sprawozdanie z IV Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu.

I. Posiedzenie ogólne.

W dniu 2 czerwca r. b po nabożeństwie odbytém o godzinie 9 rano w kaplicy królewskiéj kościoła katedralnego nastąpiło o godzinie 11 pierwsze posiedzenie ogólne Zjazdu w przystrojonéj sali teatralnéj. Delegaci reprezentujący różne korporacyje naukowe zajęli miejsca w lożach pomieszczonych w proscenium uczestnicy w lożach parterowych i krzesłach, loże zaś I i II piętra szczelnie zapełniła doborowa publiczność.

Posiedzenie zagaił i Zjazd urzędownie otworzył przewodniczący Wydziału gospodarczego Dr. B. Wicherkiewicz przemową, w któréj serdecznemi słowy powitał przybyłych gości tak z Polski jak i z Czech i podniósł znaczenie i ważność jakie mają zjazdy naukowe w naszych stosunkach, zwracając w końcu uwagę na trudności z jakiemi miał do walczenia Wydział gospodarczy.—Po nim przemówił w imieniu polskiego obywatelstwa miasta jeden z najstarszych obywateli miasta Poznania p. Antoni Krzyżanowski, również serdecznie witając przybyłych i zapraszając na bal mający się odbyć w Bazarze w dniu 3 b. m. kosztem obywateli polskich miasta Poznania.

Po tych powitaniach przystąpiono do wyboru Prezydyjum Zjazdu. Stosownie do propozycyi Wydziału gospodarczego, przedstawionéj przez Dra Wicherkiewicza, obrano rzeczywistym przewodniczącym jubilata prof. Dra Szokalskiego z Warszawy; wiceprezesami: Prezesa Dra Majera z Krakowa, prof. Dra Janowskiego z Pragi, prof. Dra Rydła z Krakowa, prof. Dra Maixnera z Pragi, prof. Dra Dybowskiego ze Lwowa, hr. Augusta Cieszkowskiego, radcę zdrowia Dra Mateckiego z Poznania i Dra Żulińskiego ze Lwowa; sekretarzami: Dra Bajkowskiego z Kijowa, Dra Schramma z Krakowa i Dra Rajchmana z Warszawy.

Z kolei po krótkiém podziękowaniu przez prof. Szokalskiego za wybór i objęciu przewodnictwa przez Prezesa Majera nastąpiły wykłady: 1) prof. Szokalskiego o badaniu i obserwacyi przyrodniczéj porównawczo u nas i w innych krajach; 2) Dra Krówczyńskiego o wpływie odziedziczania na życie indywidualne i narodowe; a nakoniec 3) p. Syroczyńskiego inżynijera Wydziału krajowego ze Lwowa geologiczne badania głębszych warstw ziemi.

Po odczytach przemawiali profesorowie czeskiego Wydziału lek. w Pradze Janowsky i Maixner wykazując w serdecznych i porywających słowach ważność nauki polskiéj, któreto przemówienia hucznemi przyjęto oklaskami.

Po odczytaniu telegramów nadeszłych w liczbie 80 z porządku dziennego przedłożył docent Uniw. Jag. Dr. Jaworski wniosek w sprawie założenia czasopisma wyłącznie dla prac czysto doświadczalnych w zakresie wszystkich nauk lekarskich, które byłoby także i organem Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich.—Przeciw wnioskowi przemawiali prof. Dr. Rostafiński i prof. Dr. Blumenstok zwracając uwagę iż pra e doświadczalne chętnie pomieszczane bywają w istniejących czasopismach lekarskich, a na wniosek ich uchwalono poruczyć ostateczne załatwienie wniosku sekcyi medycyny wewnętrznéj.

Ostatni punkt porządku dziennego stanowiła propozycyja co do miejsca przyszłego Zjazdu. Pod tym względem prof. Dr. Rostafiński uczynił wniosek aby przyjąć za zasadę iżby Zjazdy odbywały się co trzy lata a w szczególności aby Zjazd V odbył się w r. 1887 w Warszawie, ewentualnie zaś, gdyby to nastąpić nie mogło, we Lwowie.

Po wyczerpaniu w ten sposób porządku dziennego zostało I posiedzenie ogólne zamkniętém.

II Posiedzenie ogólne

odbyło się dnia 5 Czerwca r. b. o godzinie 3 popołudniu również w teatrze. Na przedstawienie Wydziału gospodarczego obrano: przewodniczącym Prezesa Ak. Um. Dr. Majera; wiceprezesami zaś: prof. Dra. Szokalskiego, Drów Chodounskyego, Steffela, prof. Blumenstoka, Obalińskiego i Rostafińskiego; sekretarzami zaś Dr. Benniego z Warszawy, Dra Czardę z Pragi oraz Dra Wiszniewskiego i doc. Dra Jaworskiego z Krakowa.

Na propozycyję Przewodniczącego złożono ostateczny wybór miejsca przyszłego Zjazdu w ręce Wydziału gospodarczego, który w dniu 7 b. m. w południe ma w tym celu odbyć posiedzenie, na które zaproszeni zostali wszyscy członkowie Zjazdu o ile jeszcze będą w Poznaniu obecnymi.

Również uproszono Wydział gospodarczy aby się zastanowił nad pytaniem czyby na przyszłym Zjeździe nie wypadło kontrolować poprzednio rozpraw mających być czytanemi a to w celu umożebnienia odbycia wszystkich wykładów; doświadczenie bowiem dowiodło, że z powodu długości jednych rozpraw inne dla braku czasu nie mogły przyjść do skutku. Przewodniczący polecał w téj mierze naśladowanie sposobu jakiego trzymano się podczas ostatniego Zjazdu im. Kochanowskiego w Krakowie.

Po załatwieniu tych wniosków prof. Szokalski składa podziękowanie Czechom za uczczenie z ich strony jego jubileuszu a na przemówienie to odpowiedział Dr. Chodounsky.

Z kolei przystąpiono do odczytów. Najpierw miał odczyt radzca sanitarny Dr. Rakowski: O tajemnicy życia, a następnie prof. Dr. Szokalski: O Jędrzeju Śniadeckim a mianowicie o wpływie teoryi jestestw organicznych na ogólny rozwój biologii społecznéj, w którym charakteryzował prace Śniadeckiego za młodu i w Akademii wileńskiéj oraz cytował liczne zasady wypowiedziane po raz pierwszy w teoryi, a które zostały podniesione przez pierwszorzędnych dzisiejszych uczonych europejskich. Po odczycie tym zabrał głos hr. August Cieszkowski i złożył prof. Dr. Szokalskiemu podziękowanie za ten piękny wykład i przypomnienie zasług Śniadeckiego.

Wniosek uczyniony przez prof. Dra Szokalskiego, aby w kościele w Gnieźnie umieścić tablicę pamiątkową dla Jędrzeja Śniadeckiego uchwalono odesłać do Wydziału gospodarczego równie jak i wniosek Dra Kusztelena dotyczący urządzania stacyj meteorologicznych a w szczególności w Zabikowie.

Po uchwaleniu tych wniosków odczytano liczne telegramy nadeszłe z Galicyi, Czech, Morawy i Śląska a następnie Dr. Wicherkiewicz podał do wiadomości, że, stósownie do uchwały na I posiedzeniu ogólném zapadłéj, Sekcyja medycyny wewnętrznéj zajęła się rozpatrzeniem wniosku uczynionego przez doc. Dra Jaworskiego co do założenia nowego czasopisma poświęconego li pracom doświadczalnym i uznała założenie osobnego pisma w tym

celu za zbyteczne i że takie prace najodpowiedniéj zamieszczać w Pamiętniku Tow. Lek. warszaw.

Przed zakończeniem posiedzenia Dr. Wicherkiewicz serdecznie żegnał zgromadzonych gości imieniem obywateli miasta i Wielkopolski dziękując za wielki udział w Zjeździe i pracy, której skutki dziś trudno oznaczyć, które jednakowoż niewątpliwie będą znakomite a przewodniczący Prezes Dr. Majer dziękował w dłuższéj przemowie Poznańczykom za przyjęcie wyliczając węzły naukowe łączące miasto Poznań z Krakowem i Uniwersytetem krakowskim, w którym Poznańczycy bywali uczniami i mistrzami; w końcu prof. Dr. Rostafiński dziękował Wydziałowi gospodarczemu za poniesione trudy.

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 18—24 maja umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 28.9. Z ospy umarło 5 (8 z. t.); z błonicy 1 (1 z. t.); z duru osutkowego 1 (0 z. t.); z duru brzusznego 0 (2 z. t.); z róży 1 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 3 przypadkach ospy, 1 płonicy, 1 ospianki. W tygodniu od 11 do 17 maja umarło z ospy w Londynie 30, świeżo zapadło 124, leczyło się w szpitalach 776. W Madrycie umarło 2, w Paryżu, Petersburgu, Lizbonie po 3, w Liwerpolu 5, w Bombayu 6, w Brukseli 11, w Nowym Orleanie 14, w Pradze 55, w Madrasie (od 8go do 14 marca) 307. Odra zabiera wiele ofiar w Roterdamie, Paryżu, Londynie, Petersburgu; krztusiec w Londynie. Z tyfusu umarło w Zurychu 20 osób. Z tyfusu osutkowego umarło w Londynie i Petersburgu po 1, w Warszawie, Maladze i Palmie 2, w Madrasie 5. Z cholery umarło w Madrasie (od 8—14 marca) 8.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 11—17 maja umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców w Krakowie 39,3; w Warszawie 30,5; w Poznaniu 25,6; w Wiedniu 31,6; w Pradze 40,3; w Berlinie 26,1; w Hamburgu 29,0; we Wrocławiu 31,7; w Gdańsku 26,0; w Monachowie 38,1; w Dreźnie 28,9; w Lipsku 25,9; w Genewie 29,5; w Brukseli 31,0; w Amsterdamie 25,2; w Hadze 21,0; w Paryżu 28,1; w Londynie 19,9; w Kopenhadze 22,0; w Stokholmie 27,4; w Chrystyjanii 20,1; w Petersburgu 38,3; w Odesie 34,4; w Wenecyi 13,3; w Bukareszcie 26,8; w Madrycie 27,7; w Lizbonie 27,7; w Aleksandryi 30,4; w Nowym Jorku 24,2; w Filadelfii 19,5; w Bombayu 28,7; w Madrasie 84,2. *J. B.*

Śmiertelność we Lwowie (liczącym 115.544 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). W tygodniu od 18—24 maja r. b. zmarło 79 osób, co odpowiada śmiertelności na rok i 1000 mieszkańców 35·6. W tym czasie zmarła 1 osoba z dyfteryi a 2 z duru brzusznego.

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 6 czerwca. Aż do chwili oddawania Nru niniejszego pod prasę uczestnicy IV Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, którzy się nań z Krakowa i Galicyi udali, nie powrócili jeszcze z Poznania, nastąpi to dopiero dziś wieczór. Na podstawie jednak wiadomości, które nas doszły, powiedzieć można, że Zjazd ten wypadł pod każdym względem świetnie, że pod względem naukowym stanie on godnie obok poprzednich, a chociaż co do liczby uczestników nie dorówna poprzednim to nawet i pod tym względem przeszedł wszelkie oczekiwania, a zresztą jeżeli gdzie to tu zasada *non multum sed multa* najwięcéj jest pożądaną. W okolicznościach, w których się Zjazd ten odbywa, a mianowicie wobec odległości miejsca, stosunków krajowych, w jakich się Poznań znajduje, małych stosunkowo ułatwień podróży i różnych innych trudności, które mieli uczestnicy do pokonania, Zjazd w którym przeszło 250 uczestników udział bierze i pod tym względem poczytać wypada za świetny a niemała w têm zasługa Wydziału gospodarczego zmuszonego walczyć z o wiele większemi trudnościami, niż Wydziały gospodarcze urządzające Zjazdy poprzednie w więcéj sprzyjających warunkach. Uczestników podejmowało obywatelstwo poznańskie z prawdziwie staropolską gościnnością i serdecznością. Koledzy poznańscy ubiegali się o lepsze w podejmowaniu przybyłych gości a przodowały w téj mierze staropolskie domy państwa Kaczorowskich i Wicherkiewiczów. Z szczególném uznaniem podnieść téż wypada nadzwyczaj grzeczne zachowanie się organów władzy. Przybyli Czesi byli bohaterami dnia, brali oni żywy udział w wykładach i rozprawach a Dr. Chodounsky miał nawet wykład w języku polskim. Doszły nas dotąd 3 numera Dziennika IV Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich wydawanego pod redakcyją Dra Józefa Kusztelana; uderzającą jest uznania godna staranność w redagowaniu Dziennika Zjazdu podającego tak szybko wierny obraz zajęć, czego trudność ci tylko może w całéj pełni ocenić zdołają, którym redagowanie podobnego pisma sprawozdawczego wśród wiru zjazdowego nie jest obcém. Znajdujemy w Dzienniku dokładne sprawozdania z posiedzeń niektórych sekcyj, według niego téż podajemy we właściwéj rubryce przebieg pierwszego posiedzenia ogólnego, gdy co do drugiego redaktor Przeglądu prof. Blumenstok, reprezentujący pismo nasze na Zjeździe, nadesłał nam zapiski. Żywa czynność panowała we wszystkich sekcyjach, z których każda odbyła po 3 — 4 posiedzeń dosyć ciekawych, zwłaszcza okulistyczna, która po raz pierwszy na Zjeździe poznańskim osobno się ukonstytuowała i obradowała w pięknym Zakładzie Dra Wicherkiewicza.

Wydział gospodarczy postarał się o uprzyjemnienie gościom pobytu a zabiegom jego powiodło się mimo trudności i w tym względzie dorównać Zjazdom poprzednim. Zaraz w dniu pierwszym Zjazdu odbył się obiad na cześć członków Zjazdu w Bazarze, w czasie którego wznoszono serdeczne toasty i uczczono czcigodnego Jubilata Prof. Dra Szokalskiego przyczém Dr. Talko z Warszawy wręczył mu książkę pamiątkową, prof. Maixner w imieniu Czechów adres a prof. Dr. Rydel przemówił do niego w sposób serdeczny składając album okulistów polskich. — W dniu następnym odbył się również w sali Bazarowej świetny bal dany przez obywateli polskich miasta Poznania ku uczczeniu gości, który przeciągnął się do rana. W dniu ostatnim Zjazdu obiad składkowy w *Hôtel de France*. Przez dwa wieczory odbywały się przedstawienia w teatrze polskim, który uroczyście przyozdobiony i oświetlony przedstawiał widok prześliczny. Godne pod względem przyjemności zakończenie Zjazdu stanowiła wycieczka do tyle wspomnień budzących okolic Gniezna, Inowrocławia i Kruszwicy, zkąd pod wrót do Poznania miał nastąpić dopiero o godzinie 2éj w nocy.

Wspomnienie serdecznego przyjęcia i mile spędzonych dni uczestnicy długo zapewne przechowają a mamy nadzieję, że pod względem naukowym plony Zjazdu długo także przyświecać będą naszym pracom naukowym.

* Dowiadujemy się że uczestnicy Zjazdu poznańskiego z Galicyi, Czech i z ziem pod panowaniem rosyjskiém zostających złożyli przeszło 700 marek Wydziałowi gospodarczemu do rozdziału na cele publiczne.

* W końcu poprzedniego Nru uczyniliśmy wzmiankę, iż w dniu 30 maja r. b. odbyło się uroczyste wręczenie prof. Korczyńskiemu albumu z fotogramami 158 doktorów a byłych jego uczniów (od r. 1874—1884), które mu ku uczczeniu dziesięcioletniéj działalności nauczycielskiéj ofiarowano, dziś podajemy dokładniejszy opis téj uroczystości.

Uroczystość odbyła się w bogato kwiatami przystrojonéj sali wykładowéj Kliniki lekarskiéj, wobec kilkudziesięciu lekarzy i licznego zastępu obecnych uczniów. W imieniu ofiarujących przemówił Dr. August Kwaśnicki prezes Tow. lek. krak. a dawniejszy uczeń prof. Korczyńskiego podnosząc jego zasługi na polu naukowém, narodowém i etyczném i wynurzając żywą wdzięczność licznych a po całym kraju rozprószonych uczniów. W odpowiedzi prof. Korczyński podziękował serdecznemi słowy za przyjemność, jaką mu sprawiono tak wybitnym dowodem uznania, jakim jest ta uroczystość. W imieniu obecnych uczniów przemówił następnie uczeń Wydziału lek. p. Szymon Bernadzikowski wyrażając radość, że młodsze pokolenie może wziąć udział w obchodzie przez starszych urządzonym i złożył w imieniu kolegów adres opatrzony podpisami wszystkich uczniów. Równocześnie odsłonięto téż i popiersie prof. Korczyńskiego wykonane, kosztem uczniów kliniki lekarskiéj, przez ucznia szkoły sztuk pięknych p. Proszowskiego a przeznaczone do sali wykładowéj kliniki lek., któréj ściany zdobią już portrety poprzedników prof. Korczyńskiego na katedrze patologii i terapii szczegółowéj. I na przemowę p. Bernadzikowskiego odpowiedział gorącemi słowy prof. Kor-

czyński zwracając się do młodzieży a wskazując na trudności, z jakiemi połączony jest zawód lekarski wzywał ją, aby trzymała się zawsze drogi pracy na polu narodowém.

Wieczorem dnia tego podejmował prof. Korczyński wielu dawniejszych swych uczniów wieczerzą w hotelu drezdeńskim, przy któréj wznoszono toasta na pomyślność zasłużonego profesora.

Tak zakończył się ten piękny dzień, który na długo pamiętnym zostanie w umysłach tych, którzy udział brali w uroczystości. Stanowi on chlubny dowód jak prof. Korczyński umie przywiązać do siebie swych uczniów, a z drugiéj strony pięknie świadczy o wdzięczności młodszego pokolenia lekarskiego.

Do słów uznania zasług prof. Korczyńskiego i życzeń w dniu tym wypowiedzianych i my z naszéj strony łączymy serdeczne życzenie dla członka naszéj Redakcyi, aby długo jeszcze dozwoloném mu było szerzyć naukę z tak ważnéj a z pożytkiem przezeń zajmowanéj katedry a młodszemu pokoleniu pod każdym względem przyświecać przykładem, w klinice zaś lekarskiéj najnowsze zdobycze nauki badać i na pożytek chorych obracać.

* W chwili zamknięcia dziennika dochodzi nas wiadomość o zapadnięciu na zdrowiu protomedyka Biesiadeckiego.

Warszawa. Wydział lek. przyznał stopień doktora medycyny p. Julijanowi Kramsztykowi po obronie w d. 25 maja r. b. rozprawy: „O zawartości tłuszczu w kale noworodków i wsysaniu tłuszczu w ich kanale pokarmowym.“

Wiedeń. Komisyja szkolna Rady Państwa uchwaliła rezolucyję wzywającą Rząd do rychłego założenia szkoły chirurgicznéj a względnie Wydziału lekarskiego w Salcburgu.

Czerniowce. Senat akademicki tutejszego Uniwersytetu wybrał komisyję do zbadania sprawy ustanowienia Wydziału lekarskiego w Uniwersytecie czerniowieckim.

Odznaczenia. Prof. nadzw. Dr. Cessner otrzymał przy sposobności przeniesienia go w stan spoczynku tytuł i charakter Radcy dworu. — Prof. Auspitz mianowany został prymaryjuszem w oddziale syfilitycznym szpitala powszechnego w Wiedniu.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 22: Schaittera: Przypadek przewłocznego otrucia arsenem. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 22: Schramma: Przyczynki do tamowania krwotoków. Jerzykowskiego: Przyczynek do użycia sublimatu w położnictwie.

Redakcyja otrzymała:

Drd J. KARLIŃSKI (w Krakowie): Przyczynek do nauki o achromatopsyi na bocznych częściach siatkówki. (Osobne odbicie z Rozpraw Akad. Umiejętn.) in 8vo str. 20 z tabl.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 11 czerwca o godzinie 6éj popoł. w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém prof. Dr. Rostafiński mówić będzie o bijologii bakteryj w stosunku do medycyny.

W zastępstwie Redaktora: **Doc. Dr. Grabowski.**

Do L. 318.
Ogłoszenie konkursu.
Rozpisuje się konkurs na posady:
Dwóch Sekundaryjuszów i trzech Asystentów przy tutejszym szpitalu na lat dwa, które przy zadawalającéj służbie mogą być przedłużone do lat czterech.
Do posady Sekundaryjusza przywiązana jest płaca 600 złr. rocznie, z dodatkiem mieszkania opalanego; do posady zaś Asystenta 500 złr. rocznie bez żadnego dodatku.
Ubiegający się kandydaci o te posady powinni wykazać:
1. Wiek, stan i miejsce urodzenia.
2. Dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.
3. Stopień Doktora medycyny lub wszech nauk lekarskich, uzyskany na jednéj z Wszechnic Państwa austryjackiego.
Podania wnosić można do dnia 30 Czerwca rb. na ręce Dyrekcyi szpitala tutejszego bezpośrednio, lub za pośrednictwem swéj władzy przełożonéj, jeżeli kandydat zostaje w służbie publicznéj.
Z Dyrekcyi krajowego szpitala powszechnego.
Lwów dnia 28 Maja 1884 r. *Dr. Głowacki.*

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Steicla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 14 czerwca 1884. Nr 24. Rok XXIII.

I. Z kliniki okulistycznéj prof. Dra Rydla.

Sprawozdanie statystyczne z ruchu chorych kliniki okulistycznéj Uniw. Jagiell. za lata 1877—1882, i z wykonanych w tym czasie operacyj.

Podał Dr. E. Machek,
docent w Uniw. Jagiell. i b. asystent kliniki okul.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 22).

Wykaz II.
Choroby oczne.
Liczby wykazu dotyczą chorych leczonych w klinice stałéj i ruchoméj.

	w r. 1877	1878	1879	1880	1881	1882.	Razem	%
1. Powieki	81	98	107	102	152	172	712	6·96
2. Spojówka	561	592	649	633	810	768	4013	39·23
3. Rogówka	272	302	293	329	426	460	2082	20·35
4. Twardówka	4	4	7	5	9	7	36	0·35
5. Tęczówka	43	51	69	86	62	60	371	3·62
6. Naczyniówka i ciałko rzęskowe	37	53	45	49	29	38	251	2·45
7. Jaskra	23	32	30	45	32	34	196	1·91
8. Siatkówka i nerw wzrokowy	61	70	75	87	57	63	413	4·03
9. Soczewka	111	117	110	104	148	138	728	7·11
10. Ciałko szklane	18	15	10	13	7	16	79	0·77
11. Gałka oczna	4	10	13	12	39	38	116	1·13
12. Refrakcyja i akomodacyja	117	98	141	137	174	156	823	8·04
13. Mięśnie i nerwy	12	18	19	24	26	35	134	1·31
14. Narząd łzowy	31	29	36	41	32	36	225	2·19
15. Oczodół	2	1	2	1	5	4	15	0·14
16. Niedowidzenie	5	5	2	7	8	7	34	0·31
	1382	1495	1608	1675	2016	2052	10.228	99·90

Ta znaczna ilość chorób uprawnia nas do porównania niektórych przynajmniéj liczb z liczbami innych krajów.

W powyżéj umieszczonym wykazie podzielono choroby oczne na 16 działów. Z naukowych względów byłoby pożądaném, żeby szczegółowo wspomnieć o częstości pojawiania się różnych postaci chorobowych podając dokładne liczby; powstrzymuje nas jednakże od tego wzgląd, że Przegląd Lekarski nie może zbyt wiele miejsca poświęcić rzeczom dotyczącym poszczególnych specyjalności. W toku pracy natomiast częściéj przytoczymy liczby, które nie są objęte żadnym wykazem. Liczby w ostatnim rzędzie wykazu podane oznaczają odsetkę częstości chorób pojedynczych części narządu wzrokowego.

Najczęstsze były choroby spojówki i rogówki, wynoszą one razem 59·58% wszystkich chorób oka. Tłumaczy się to tém, że te części narządu wzrokowego wystawione są na

działanie zmian atmosferycznych, zimna i ciepła, że są dostępne ciałom obcym, że choroby ich są po części zaraźliwe, a będąc bolesne utrudniają wypełnianie codziennych obowiązków jeżeli przebiegają ostro, a prawie nigdy nie ustępują bez pomocy lekarskiéj, jeżeli są przewlekłe. Podobny stosunek znajdujemy prawie we wszystkich sprawozdaniach z klinik i zakładów okulistycznych. Arlt podaje 60·4, Förster w roczniku Nagla za rok 1882 (Tübingen 1883) 52% na blisko 200 tysięcy chorych, leczonych w dwudziestu czterech zakładach. Natomiast odsetki chorób rogówki wahają się u różnych autorów pomiędzy 11% a 21%. W statystyce Arlta znajdujemy 12·7%, w roczniku Nagla 27%, podczas gdy my wykazujemy 20·35%. Pochodzi to ztąd, że jeszcze nie ma pożądanéj zgody w odróżnianiu niektórych chorób spojówki od chorób rogówki. Prof. Rydel w rozpoznawaniu tych chorób opiera się na podstawie czysto anatomicznéj, w czém się różni od szkoły Arlta. Dzieli więc choroby spojówkowo-rogówkowe, odróżniając np. zapalenie pryszczykowe spojówki od pryszczykowego zapalenia rogówki (*Conjunctivitis et keratitis phlyctenulosa*), podczas gdy Arlt w jednym i drugim razie rozpoznaje zapalenie zołzowe spojówki (*Conjunctivitis scrophulosa*), uważając powierzchowną warstwę rogówki za dalszy ciąg spojówki, zołzowém zaś nazywa zapalenie ze względu na przyczynę, stanowiącą główną podstawę jego podziału chorób ocznych. Ponieważ więc Arlt wszystkie przypadki pryszczykowego zapalenia rogówki zalicza do chorób spojówkowych, dla tego podniosła się odsetka tychże a obniżyła liczba chorób rogówkowych.

Po chorobach spojówki i rogówki najczęściéj pojawiają się według naszego wykazu wady refrakcyi i akomodacyi. Na 823 przypadków do tego działu zaliczonych rozpoznano 699 razy (85%) budowę oczu nadmiarową lub niedomiarową, reszta zaś przypada na dalekowidzenie (*presbyopia*), porażenie przyrządu akomodacyjnego (3 razy po dyfteryi gardła), astygmatyzm itp. Myopiję rozpoznano 387 razy. Wspomnieć jednakże należy, że nie wszyscy z owych 823 chorych zgłosili się z powodu dolegliwości wynikających z wadliwéj optycznéj budowy oczu, lecz że pewna ich część szukała pomocy z powodu innych, po większéj części głębokich, zmian chorobowych oczu, tak że dopiero przy badaniu bystrości wzroku stwierdzono obok innéj choroby także zboczenia co do refrakcyi. Z tych zaś chorych, którzy się skarżyli na dolegliwości i upośledzenie wzroku będące, jak to późniejsze badanie wykazało, wyłącznie skutkiem wady refrakcyi, znacznie większa część, bo 74%, cierpiała na hypermetropiję i niedomogę akomodacyjną. Pochodzi to ztąd, że chorzy, spostrzegając, iż gorzéj od innych ludzi widzą, najczęściéj udają się do optyków celem dobrania szkieł. Krótkowidze posługują się najczęściéj długi czas szkłami, które sobie sami dobrali, chociażby one na wielką ich szkodę były za mocne, podczas gdy męczące objawy niedomogi akomodacyjnéj już częściéj nasuwają chorym myśl, że ich narząd wzrokowy jest istotnie wadliwy, co ich do szukania rady lekarskiéj zniewala. Błędném byłoby więc mniemanie, jakoby budowa oczu nadmiarowa częstszą była od niedomiarowéj, dla tego, że z pierwszą większa ilość chorych zgłasza się do kliniki. Owszem przy dzisiejszym stanie cywilizacyi a udowodnionéj skłonności do dziedziczenia jeżeli nie myopii saméj to przynajmniéj usposobienia do niéj, wada ta pojawia się coraz częściéj. Daléj wynika z powyższego, że wady refrakcyi w ogólności są częstsze niżby to według naszego wykazu sądzić można, tylko, że ludzie niemi dotknięci nie zgłaszają się często do lekarza, ponieważ wzrok ich, po którym nie wymagają zbyt wiele, nie zmusza ich do tego. Gdybyśmy wreszcie i niższe stopnie (poniżéj 0·75 Dpt) uwzględniali i we wszystkich przypadkach chorób spojówkowych i rogówkowych refrakcyję oczu badali, liczba chorych do tego działu należąca byłaby daleko większą. Trzeba bowiem uwzględnić, że większa połowa chorych zgłaszała się z powodu cierpień spojówki i rogówki, a tych badano co do refrakcyi tylko w razie jakichś szczególnych wskazań. Schöler w sprawozdaniu z kliniki dawniéj Ewersa w Berlinie (*Jahresbericht von Prof. Schöler*, Berlin 1880) podaje, że na 10.000 chorych w 4.211 przypadkach (a w 24·3% chorób) wykazał wadę refrakcyi albo akomodacyi. Według najnowszego rocznika Nagla, już wyżéj przytoczonego, odsetka wad tych równa się 20. Z tych uwag wynika, że po chorobach spojówkowo-rogówkowych wady dotyczące budowy oczu są najczęstszemi, chociaż liczby podane w sprawozdaniach dokładnie o ich częstości nie pouczają.

Natomiast śmiało twierdzić można, że wszyscy chorzy niezamożni, dotknięci chorobami soczewki (7%), jagodówki (6%), nerwu wzrokowego i siatkówki (4%), daléj dotknięci jaskrą (1·9%) i chorobami mięśni (1·3%), szukają porady lekarskiéj wyłącznie w klinice okulistycznéj. Wyjątek stanowią znowu choroby oczodołu, z któremi chorzy dość często udają się do zakładów chirurgicznych. To samo można powiedzieć o operacyjach plastycznych powiek i nowotworach (kaszaki, raki) w okolicy oka i na powiekach. Jeżeli więc liczba chorych z cierpieniami spojówki i rogówki, z wadami refrakcyi i chorobami powiek daje tylko w przybliżeniu wyobrażenie o częstości chorób tych części oka, to reszta chorób, z wyjątkiem pojawiających się u zamożnych, leczy się w klinice. Z głębszemi chorobami ocznemi zgłaszają się do kliniki chorzy nawet ze stron dalekich. Oprócz Krakowa i jego okolicy dostarcza znacznéj ilości takich chorych Galicyja zachodnia, Królestwo polskie i Śląsk austryjacki a pewną ilość także Galicyja wschodnia, Morawa, Śląsk pruski a w ostatnich latach także Węgry północne.

Mężczyźni wykazują, z wyjątkiem chorób przewodu łzowego, we wszystkich pozycyjach większe liczby niż kobiety, co, chociaż nie w tym co u nas stopniu, wszędzie spostrzegano. Ruete podaje stosunek chorych mężczyzn do chorych kobiet jak 15·2 do 12·1; w wykazach Szokalskiego przeważa liczba mężczyzn o 1·7%, u Arlta aż o 16%. U nas chorych płci męskiéj było 4.975 (57·1%) a płci żeńskiéj 3.738 (42.9%); a więc płeć męska przeważała o 14·2%. Że mężczyźni częściéj zapadają na oczy niż kobiety, pochodzi ztąd, iż mężczyźni częściéj się narażają na urazy, że w skutek zatrudnienia swojego bardziéj są wystawieni na szkodliwe wpływy zewnętrzne, tudzież, że służą w wojsku, gdzie panuje jaglica (na jaglicę cierpiało 1.012 osób 692 mężczyzn i 320 kobiet). Wreszcie wpływa i ta okoliczność na liczby wykazów, że mężczyzna jako głowa rodziny, jest troskliwy o swoje zdrowie, a więc częściéj szuka porady lekarskiéj.

Chorób przewodu łzowego było 225 a z tych 201 przypadków przewlekłego zapalenia woreczka łzowego (dwa razy wydobyto ciała obce z otworów łzowych, raz źdźbło a raz rzęsę). Z tych 201 przypadków dotyczyło 163 kobiet a 38 mężczyzn. Ciała zaś obce częściéj dostają się do oka u mężczyzn niż u kobiet z powodów, o których już wyżéj wspomniałem. Z worka spojówkowego wydobyto 30 razy ciała obce, 17 razy u mężczyzn a 13 u kobiet. W rogówkę wbiły się ciała obce 77 razy, w jednym przypadku do obu oczu,

jak chory podawał równocześnie, w jednéj chwili; w jednym przypadku większa ilość (skutkiem wystrzału dynamitu). We wszystkich przypadkach dotyczyło to mężczyzn, ani razu kobiety.

Wspomnieć muszę na tém miejscu jeszcze o jedném spostrzeżeniu, które się odnosi do częstości pojawiania się chorób ocznych u mężczyzn i kobiet. Choroby jagodówki występują, biorąc w całości, mniéj lub więcéj równo często tak u mężczyzn jak i u kobiet. Podczas atoli gdy u mężczyzn choroba najczęściéj na tle kiły lub urazu powstaje (po operacyjach, sympatyczne cierpienie), to u kobiet w wielkiéj ilości przypadków przyczyny wcale wykryć nie można, albo znajdujemy obok cierpienia oczu zboczenia w narządzie rodnym (*Perimetritis*, *Endometritis chronica*, *Uterus infantilis*, *Amenorhoea* chociażby tylko skutkiem anemii, *Ante* i *retroflexio uteri*). Zdaje się więc, że chociaż u mężczyzn choroby jagodówki powstają częściéj skutkiem kiły i urazów, to u kobiet znowu skutkiem zboczeń w macicy, tak, że co do częstości pojawiania się tych cierpień u mężczyzn i kobiet istnieje równowaga. Mooren usiłuje w sposób anatomiczny wytłumaczyć zależność chorób ocznych u kobiet od chorób macicy (Knapp *Archiv für Augenheilkunde* t X.). W inny sposób usiłowałem wytłumaczyć ten związek w jednym przypadku ogłoszonym w Przeglądzie Lekarskim (Przyczynek do nauki o zależności chorób oczu u kobiet od chorób narządu płciowego 1882). Szczegóły i daty statystyczne zebrane w klinice okulistycznéj a dotyczące téj ciekawéj sprawy, i dowodzące że powyższe twierdzenie jest prawdziwe, ogłoszę późniéj w osobnéj pracy.

W przeciągu ośmiu lat, z których sprawę zdajemy, zgłosiło się do kliniki chorych w styczniu 559, w lutym 653, w marcu 768, w kwietniu 828, w maju 1.392, w czerwcu 1.251, w lipcu 716, w sierpniu 202, we wrześniu 58, w październiku 856, w listopadzie 845, a w grudniu 575. Ponieważ od połowy lipca klinika stała chorych już nie przyjmuje, więc i w klinice ruchoméj zmniejsza się w tym czasie liczba chorych. Zamknięcie kliniki trwa aż do połowy października. W klinice ruchoméj jednakże leczy się chorych, jak już wspomniałem, a leczonych zaciąga się do protokołów. Ztąd pochodzi, że także w miesiącach sierpniu i wrześniu pewną ilość chorych w klinice ruchoméj leczono. Najwięcéj chorych uczęszczało do kliniki w miesiącu maju i czerwcu, a najmniéj, pomijając dwa letnie miesiące, w styczniu i grudniu. Od lutego aż do końca czerwca wzrasta liczba chorych. Średnio zgłaszało się dziennie w styczniu i grudniu trzech do czterech nowych chorych do kliniki, w maju i czerwcu siedmiu do ośmiu. Pomijając dzień, w którym badano większą ilość chorych zakładu sierot z powodu pojawienia się jaglicy, zgłosiło się pewnego dnia w maju w jednym dniu 23 nowych chorych. Przyczynę liczniejszego zgłaszania się chorych w porze letniéj tłumaczą dwie okoliczności: naprzód, że w miesiącach letnich choroby spojówkowo-rogówkowe, jak wiadomo najczęstsze cierpienia oczu, częściéj się pojawiają niż w zimie, a powtóre, że na wiosnę i w lecie łatwiéj można odbyć podróż, a z tego powodu chorzy dotknięci chorobami przewlekłemi nawet z dalszych okolic przyjeżdżają.

Ogólnie jest rozpowszechnione zdanie, że Izraelici częściéj cierpią na oczy niż Chrześcijanie, tudzież że mają większą skłonność do pewnych chorób, jak do jaskry (Rydel) i zapalenia jaglicowego spojówek. Arlt wspominał w wykładach swoich częściéj, iż mimo wielkiéj ilości Izraelitów, leczących się w klinice wiedeńskiéj na jaskrę, nie sądzi, aby częściéj ulegali téj chorobie, lecz że szukają porady lekarskiéj w Wiedniu dowiedziawszy się, iż poddać się muszą operacyi. Chcąc się przekonać, czy istotnie Izraelici w ogóle częściéj cierpią na oczy niż Chrześcijanie, zebrano daty do następującego wykazu.

Wykaz III.

	Ilość chorych wyznania chrześcijańskiego	Ilość chorych wyznania mojżeszowego	Razem	% chorych wyznania mojżeszowego
1877	916	357	1273	28·0
1878	998	393	1391	28·2
1879	887	508	1395	36·4
1880	1098	390	1488	26.2
1881	1038	522	1560	33·5
1882	1162	444	1606	27·6
	6099	2614	8713	30·0

Izraelici stanowią więc 30% wszystkich chorych, leczonych w klinice okulistycznéj. Przypuściwszy, że są troskliwsi o zdrowie, aniżeli Chrześcijanie, że częściéj szukają pomocy lekarskiéj w zakładzie naukowym, mając większe do niego zaufanie, niż do lekarzy prowincyjonalnych, że więc z tego powodu z dalszych przyjeżdżają okolic, że w ogóle są przemyślni i łatwiéj im o środki na podróż, to przecież te okoliczności nie wystarczą, aby wytłumaczyć, dla czego tak wielka liczba chorych Izraelitów do kliniki się zgłasza, nie przypuściwszy równocześnie, że istotnie częściéj od Chrześcijan na oczy zapadają. Trudnoby inaczéj wytłumaczyć, dla czego 30% Izraelitów leczy się w zakładzie położonym w kraju, który liczy 10% ludności izraelickiéj. Uwzględnić jeszcze należy, że pewna ilość Izraelitów szuka pomocy lekarskiéj w Wiedniu, częścią dla tego, że ich tam nęci rozgłos sławnych okulistów, częścią zaś z powodu, że szukają umieszczenia w tamtejszych klinikach nie znalazłszy go na razie dla szczupłości miejsca w klinice krakowskiéj, podczas gdy z uboższéj ludności chrześcijańskiéj mało kto się tam zapędzi. Okoliczność ta zmniejsza oczywiście ilość szukających porady lekarskiéj w Krakowie, co nas utwierdza w przekonaniu, że powyżéj wypowiedziane zdanie co do częstszego zapadania na oczy Izraelitów jest uzasadnione. Z 2614 Izraelitów cierpiało na choroby spojówkowo-rogówkowe 61·5%. Częstość cierpień innych części oka jest mniéj więcéj taka sama jak u Chrześcijan. Z tego wynika, że tylko pod względem chorób przewodu łzowego Izraelici częściéj cierpią, a mianowicie dwa razy tak często jak Chrześcijanie (2·19% Wykaz II). (C. d. n.)

II. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

Przyczynki do Chirurgii.

XIII.

Przyczynek do lokalizacyi skórzaków (cyst dermoidalnych).

Podał Dr. Rudolf Trzebicky,
asystent tejże kliniki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 23).

Przytoczone tu przypadki są mniéj lub więcéj do naszego podobne. Tyle zawsze pewna, że i w okolicy otworu stolcowego i prostnicy cysty dermoidalne się zdarzają. Zresztą czemużby się tam i nie miały zdarzać? Wiadomo przecie, że Remak pierwszy pojmował w ten sposób wszelkie nowotwory przybłonkowe usadowione wewnątrz ciała a więc

zdala od powierzchni przybłonkiem lub przyskórkiem pokrytéj, że zawdzięczają swe powstanie odsznurowaniu poszczególnych ognisk przybłonkowych wśród życia płodowego. Dziś to zapatrywanie na powstanie cyst dermoidalnych ogólnie jest przyjęte wyjąwszy może cysty dermoidalne jajnika, dla których Waldeyer nieco odmienną podał teoryję. Bo téż skórzaki albo zdarzają się bliżéj linii środkowéj ciała od przodu, gdzie zawdzięczają swe powstanie odsznurowaniu pewnéj grupy komórek listka zewnętrznego w chwili zamknięcia się jam ciała, albo téż przeważnie występują w tych miejscach, gdzie wśród pewnego okresu życia płodowego następuje wpuklenie zewnętrznego listka płodowego. Przypuszczamy bowiem, że wśród wpuklenia się tego listka następuje także atypowe, nieprawidłowe wpuklenie się kilku komórek w innym nieco kierunku, niż to jest potrzebném dla wytworzenia fizyjologicznych części ciała. Zarodki te uległszy potém odsznurowaniu żyją daléj samodzielnie wśród ustroju pozbawione zupełnie związku z zewnętrzną powierzchnią ciała. Wyjątkowo tylko zdarza się, że pomiędzy ścianą torbiela takiego a zewnętrzną powierzchnią skóry stale bywa utrzymanym związek. Tu należą 2 przypadki opisane przez Henschla (*Prag. Vierteljahrschrift*, 1860) i przez Cruveilhiera (*Anat. path. du corps hum.*). Po niejakim czasie, zazwyczaj wśród drugiéj dentycyi, kiedy i prawidłowe twory zewnętrznego listka płodowego bardziéj niż przedtém poczynają bujać, odzywa się i w odsznurowaném ognisku siła żywotna, komórki poczynają się rozrastać a torebka przypomina swą budową skórę zewnętrzną z jéj wszystkiemi dodatkami.

Dziś więc pojmujemy skórzaki jako wrodzone twory listka zewnętrznego. Trudność polega tylko na wytłumaczeniu tych przypadków, gdzie treść torbiela oprócz włosów i zębów, które przecież są tworami przybłonkowemi, stanowiły i kości. O téj trudności wspomina i Lücke (l. c.), który jest zresztą gorącym zwolennikiem przytoczonéj teoryi i dodaje, że te przypadki można na podstawie téj teoryi chyba tylko w ten sposób tłumaczyć, że listek zewnętrzny wpuklając się ku wewnątrz wypycha przed sobą zarodki dla innych części ciała i że te zarodki otoczone zarodkami przybłonkowemi tkwią wśród ciała w miejscu, gdzie właściwie być nie powinny. Rzeczywiście zdaje się być prawdopodobném, że w niektórych przypadkach kości stanowiące treść skórzaków rozwinęły się z wgłobionych kawałków kręgów pierwotnych.

W niektórych przypadkach zdaje się, jakoby twory przybłonkowe wywierały wprost wpływ „zakaźny“. Mam tu na myśli niektóre przypadki cyst dermoidalnych tęczówki i otrzewny. Rothmund (*Ueber Cysten der Regenbogenhaut, klin. Monatsblätt. f. Augheilk.*, 1872) wykazał bowiem, że w 3ch przypadkach po zranieniu, w skutek którego dostały się rzęsy do przodkowéj komórki, powstały na tęczówce skórzaki. Fränkel zaś (*Ueber Dermoidcysten der Ovarien u. gleichzeitige Dermoide im Peritoneum, Wiener med. Wochenschrift,* 1883) opisał z kliniki prof. Billrotha 2 przypadki, gdzie obok cyst dermoidalnych w jajnikach znajdowały się liczne drobne cysty podobne na otrzewny. Wprawdzie można przypuścić, że ta kombinacyja była tylko czysto przypadkową, choć prawdopodobniejszém zdaje się być, przypuszczenie, że torbiele na otrzewny powstały następowo jako przerzuty niejako, czy to po pęknięciu torbiela czy téż bez tegoż.

Wróćmy tedy do naszych przypadków. Wiadomo, że otwór stolcowy powstaje w ten sposób, że listek zewnętrzny wpukla się lejkowato w głąb, aż nie napotka na dolny koniec jelita również ślepo się kończącego. Warunkowi więc temu, że cysty dermoidalne przeważnie tam się rozwijają, gdzie się odbywa wpuklenie zewnętrznego listka, i tu dzieje się zadość. Za prawdziwością tego przypuszczenia przemawia i ta okoliczność, że ściana torbiela odpowiadała budową swą budowie skóry w końcu 3go miesiąca życia płodowego. Wgłobienie więc najpóźniéj w tym czasie musiało się odbyć, prawdopodobnie jednak odbyło się daleko wcześniej. I rzeczywiście pierwsze początki powstawania otworu stolcowego spostrzeżono z końcem 1go miesiąca. Nie można wreszcie wykluczyć stanowczo możliwości, że rozwój cyst dermoidalnych w tych okolicach nie tyle stoi w związku z powstawaniem otworu stolcowego ile z rozwojem gruczołu ogonowego Luschki. Dla niektórych teratomów znajdujących się w tém miejscu to przypuszczenie zresztą już uczyniono.

Powstanie cyst dermoidalnych na potylicy tłumaczy Mikulicz (l. c.) w ten sposób, że nieprawidłowe oddzielenie się kilku komórek następuje w chwili, kiedy powłoki zewnętrzne przyczyniają się do utworzenia namiotu *(tentorium cerebri)*.

Co do dalszego rozwoju i operacyi nasze przypadki nie przedstawiają zresztą nic osobliwszego. W obydwu razach dolegliwości były bardzo nieznaczne i stały niejako w prostym stosunku z fizycznemi własnościami nowotworów, t. j. z ich wielkością i usadowieniem. Operacyja sama nie przedstawiała nic szczególnego, gdyż postępując według zasad ściśle antyseptycznych śmiało można się było kusić o wyłuszczenie doszczętne torbieli, co jedynie mogło dawać pewność i gwarancyję co do recydywy.

III. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Skreślił prof. Dr. **Blumenstok.**

XII.

Morderstwo. Wątpliwy stan umysłowy.

(Dokończenie. Patrz Nr. 12).

Przedewszystkiém należy wyjaśnić, dlaczego Wydział lek. w zdaniu swém nie zastosował się ściśle do pytania i nie orzekł na podstawie § 134 p. k. Pochodziło to ztąd, że nasamprzód ustawa o postępowaniu karném daje tylko wskazówkę, jak znawcy sądowi mają postępować, a powtóre artykuł przez Sąd wyższy powołany obejmuje tylko brak rozumu i choroby umysłowe, a więc nie wyczerpuje wszystkich stanów, własnowolność człowieka wykluczających. To téż i pierwsi pp. znawcy, z których orzeczeniem zdanie Wydziału w zasadzie się zgadza, słusznie podciągnęli przypadek omówiony pod art. 2 ustawy karnéj, traktujący w ogóle o okolicznościach, zły zamiar wykluczających; a w szczególności zastosowali ustęp *c)* tegoż artykułu, w końcu naszego orzeczenia przytoczony; jednak mniéj stosownie wyrazili się, że „obwiniony popełnił czyn w stanie chwilowéj zupełnéj nieprzytomności umysłowéj“. W przytoczonym bowiem ustępie ustawa karna kładzie nacisk na zupełne upojenie lub inne pomięszanie umysłu *(Sinnenverwirrung)*, w którém sprawca nie był świadom czynu swego (*nicht bewusst)*. Otóż prawdą jest, że wyraz ten niemiecki można tłumaczyć przez przytomny, ale téż z powodu niefortunnéj swéj stylizacyi artykuł ten ciągle jest przedmiotem zaczepek ze strony lekarzy-psychijatrów, słu-

sznie i loicznie dowodzących, że człowiek całkiem przytomności pozbawiony nie jest zdolny do wykonania jakiegokolwiek czynu, czy on jest prawy lub nieprawy. Dla tego też lekarze niemieccy radzą sobie, jak mogą, uważając wyraz w mowie będący według myśli prawodawcy jako identyczny z pojęciem: braku samowiedzy (Krafft-Ebing *Lehrb. d. gerichtl. Psychopathologie*, pag. 257). W języku polskim nic nie stoi na przeszkodzie tłumaczeniu wyrazu w mowie będącego przez świadomy, a względnie nieświadomy, a w takim razie nietylko popadamy w sprzeczność z loiką, ale co ważniejsza, liczymy się z faktycznym stanem rzecy, jak tego najlepiéj dowodzi przypadek opisany. Zbyteczna dowodzić, że niepodobna przypuścić zupełnéj nieprzytomności, gdzie człowiek chwyta za broń i strzela celnie, gdzie popełniwszy czyn przemawia, wychodzi i wraca ku domowi, gdzie wreszcie istniała potém pamięć, przynajmniéj sumaryczna; natomiast śmiało przypuścić można w tym razie brak świadomości, brak samowiedzy, a w każdym razie brak zdolności zastanowienia się nad czynem. Przypadek ten jest tak wyjątkowy, że nie dałby się podciągnąć ani pod cechę braku rozumu, ani choroby umysłowéj, ale snadnie zastosować można było ustęp artykułu powołanego, z czego téż korzystali znawcy, a późniéj i Wydział, z pominięciem wskazówki przez Sąd podanéj. I tu pokazuje się najlepiéj, że ani znawcy a tém mniéj Wydział lekarski nie mogą krępować się pytaniem, przez Sąd zadaném; postępowanie takie bowiem byłoby formalizmem pedantycznym, niczém nie usprawiedliwionym, a wprost szkodliwym, bo niepotrzebnie sprawę przewlekającym. Gdyby bowiem znawca na pytanie przez Sąd zadane odpowiedział, że podsądny nie jest rozumu pozbawiony i nie cierpi choroby umysłowéj, Sąd mógłby skazać człowieka niewinnego, albo, co prawdopodobniejsza, zapytałby się ponownie, czy ustęp *c*) art. 2 k. k. nie znajduje w danym przypadku zastosowania; w najlepszym razie więc skutek byłby ten sam, ale połączony ze stratą czasu.

Sądziłem, że przypadek powyżéj oceniony zasługuje na ogłoszenie z powodu, że jakkolwiek lekarz sądowy z następstwami nadużycia napojów często się spotyka, to jednak przypadki podobne do opisanego są nader rzadkie i wyjątkowe. Najczęściéj zdarzają się przypadki, w których ludzie obwinieni o popełnienie czynu karygodnego tłumaczą się stanem upojenia; są to przypadki dla lekarza sądowego najmniéj ważne, o ile chcąc wypowiedzieć w takich razach swoje zdanie, musiałby widzieć obwinionego w stanie upojenia czyli po prostu być świadkiem czynu; oprzeć zaś sąd swój na zeznaniu świadków nielekarskich lub zgoła na twierdzeniu podsądnego jest rzeczą nadzwyczaj śliską; według mego doświadczenia zadanie lekarza sądowego ogranicza się w takich razach do sprawdzenia za pomocą odpowiednich pytań amnezyi i do sprostowania mylnego zapatrywania, jakoby zupełna nieprzytomność lub zataczanie się były jedynemi a koniecznemi cechami upojenia, własnowolność znoszącego. — Z kolei następują owe liczne odcienia zwyrodnienia wyskokowego, które objawiają się jużto w postaci zadumy, manii, epilepsyi alkoholowéj, już to wreszcie w postaci typowego obłędu opilczego, oraz t. zw. dipsomanii. Jeżeli już alkoholizm ostry według trafnego porównania Griesingera przedstawia w aktach krótkich wszystkie formy i okresy obłąkania i stanowi według Maudsleya zwięzłą jego chronikę, to tém bardziéj alkoholizm chroniczny zasługuje na uwagę, zwłaszcza lekarza sądowego, nie tyle z powodu ciężkich zmian cielesnych, które prędzéj czy późniéj za sobą pociąga, ale głównie z powodu zwyrodnienia swoistego, które sprowadza w dziedzinie umysłowéj, a które objawia się znów w rozmaitych postaciach, wyżéj wspomnianych; wspólną ich cechą jest zmiana usposobienia i charakteru, upadek wyższych uczuć moralnych, których miejsce zajmują uczucia egoistyczne i przewrotne, urojenia i omamy, a wreszcie mniejsza lub większa tępota umysłowa. Właśnie mam wspólnie z kol. Żuławskim w obserwacyi mężczyznę lat 40 liczącego, obwinionego o podpalenie, którego stan umysłowy nastręczał sędziemu śledczemu pewne wątpliwości Człowiek ten potulny, padający natychmiast na kolana, jak skoro tylko wprowadzony zostaje do biura, nie przypomina sobie wcale czynu, twierdzi, że cierpiąc bezsenność od dłuższego czasu zwykł był w nocy wychodzić i odwiedzić cmentarz pobliski, a nie wie, czy śród jednéj z takich wycieczek rzeczywiście podpalił domostwo w sąsiedztwie cmentarza położone. Pijaństwo nałogowe sprawdzone, któremu od lat kilku się oddawał, drżenie języka i palców, wyraz twarzy zdradzający głupotę, przywidzenia, które miewał, brak pojęcia o położeniu, w którém obecnie się znajduje i przyszłości, która mu grozi, osłabienie znaczne pamięci, uprawniały nas do orzeczenia, że mamy do czynienia z tępotą umysłową, powstałą na tle zwyrodnienia wyskokowego. — Obłęd opilczy, który również częstokroć na tém tle powstaje, w postaci swéj typowéj nie budzi wielkiego zajęcia sądowolekarskiego, ponieważ napad taki, podobnie jak napad typowy padaczki, jak z jednéj strony łatwo rozpoznać się daje, tak z drugiéj już z natury swéj, ponieważ chory albo jest nieudolny albo należycie strzeżony, nigdy prawie, dopóki trwa, nie staje się przyczyną czynów bezprawych. Lecz jak w nowszych czasach pod względem sądowolekarskim nauczyliśmy się przywiązywać coraz większą wagę do okresu, napad drgawkowy epileptyczny poprzedzającego, jako téż do okresu, który następuje po napadzie takim, tak téż polegając na doświadczeniu, że napad typowy obłędu pijackiego nie występuje nagle, lecz że okres wylęgania może trwać dni kilka lub nawet kilkanaście a śród niego pojawiają się omamy, bezsenność, napady trwogi itp. zboczenia, oraz że napad typowy rzadko kiedy przechodzi wprost w wyzdrowienie, przypuszczamy, że tak przed napadem, jakotéż po napadzie właściwym, samowiedza człowieka może być znacznie upośledzoną, jeżeli nie całkiem zniesioną, że więc człowiek wtedy dopuścić się może czynu karygodnego, za który nie może być odpowiedzialnym, a przypuszczenie nasze nabierze tém większéj pewności, jeżeli sprawdzimy amnezyję, świadczącą o braku samowiedzy. Stan ten, tak w epilepsyi jak i w zwyrodnieniu wyskokowém, przez analogiję ze stanem senności, nazywamy stanem zamroczenia. Ponieważ atoli w stanie tym samowiedza może być w zupełności zniesioną lub téż tylko zamroczoną, więc i amnezyja w pierwszym razie będzie zupełną, a w ostatnim tylko częściową, tak że ogólnikowe przypominanie sobie zdarzeń jest możebném. Całkiem tak samo ma się rzecz w zamroczeniu padaczkowém, w którém amnezyja wprawdzie uważa się jako prawidło, ale zdarzają się i przypadki sumarycznego przypominania sobie zdarzenia. Wiadomo, że stan zamroczenia wyskokowego, występującego czasem u alkoholików przed napadem obłędu typowego lekarz amerykański Crothers opisał przed dwoma laty pod nazwą somnambulizmu wyskokowego (*Trance state in inebriety*) a czytelnicy Przeglądu Lek. mieli sposobność zapoznania się

z istotą tego dziwnego zboczenia, dzięki pięknéj monografii znakomitego i doświadczonego naszego rodaka prof. Mierzejewskiego w Petersburgu. Przypadek, który dowodzi, że i po napadzie typowym obłędu opilczego stan zamroczenia utrzymać się może, obserwowałem niedawno temu razem z kol. Żuławskim. Tyczył on się urzędnika lat koło 40 liczącego, który wstawszy po napadzie udał się wprost do Sądu i oskarżył się, że przed 10 laty razem z dwoma kolegami dopuścił się kradzieży kilkuset złotych. Człowiek ten uznany za chorego i niepoczytnego znajduje się obecnie w tutejszym zakładzie dla obłąkanych, a zwyrodnienie jego umysłu nie podpada już żadnéj wątpliwości. Opilstwo powrotne wreszcie (Dipsomania) zdarza się głównie u dziedzicznie obciążonych ludzi i nie jest niczém innem, jak obłąkaniem okresowém, a więc wyrazem zwyrodnienia umysłowego; przed Sądem z tą postacią rzadko się spotykamy.

Wracając do przypadku, który był przedmiotem orzeczenia Wydziału lek., przyznać muszę, że nie daje on się podciągnąć pod żadną z postaci właśnie wymienionych, a będących wyrazem alkoholizmu przewlekłego i zwyrodnienia umysłowego. Wypadałoby go więc uznać za czyn popełniony w prostém upojeniu ostrém, ale jakkolwiek przywykliśmy do rozmaitych wybryków, popełnionych śród upojenia, to jednak czyn taki na szczęście jest rzadkim. Można tu przypuścić upojenie patologiczne dochodzące do bardzo ostrego szału *(mania acutissima ebriorum)*, które jednakowoż niczego nie tłumaczy prócz przerażenia naszego na widok nieszczęścia zrządzonego przez pijaka, lub przypuścić, że podsądny działał pod wpływem tak częstych w pijaństwie omamów zmysłowych *(fallacia ebriosa)*, ale będą to tylko przypuszczenia, na stwierdzenie których nie mamy dowodów, bo nikt nie może wiedzieć, a sam obwiniony zapewne nie wie, co się z nim działo w chwili nieszczęsnéj, gdy chwycił za broń i zastrzelił niewinnego człowieka. Sądzę jednak, że orzeczenie było należycie uzasadnione celem wykazania, że jakikolwiek był chwilowy stan upojonego, działał on pod wpływem chwilowego pomięszania umysłu; to też Sąd polegając na tém orzeczeniu śledztwa zaniechał.

IV. Kazuistyka lekarska w Turcyi.

Zebrał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 23).

Odwiedziwszy osady trędowatych i o ile możności zebrawszy dokładne informacyje o tym chorobowym stanie, głównie dla zdania sobie sprawy o różnicy istniejącéj między trądem *(Lepra)* i łuszczycą (*Psoriasis*), dwiema chorobami na pozór identycznemi, ani myślałem, że zapuściwszy się aż do środkowego Kurdystanu zdarzy mi się tam spotkać z podobnem cierpieniem. Otóż w Mussulu w czasie asenterunku, do którego z urzędu wypadło mi należeć, przedstawiającym się z każdéj wsi rekrutom towarzyszą zwykle krewni, znajomi, jużto dla sprawienia sobie natychmiastowéj uczty, gdy młody chłopak zostanie uwolnionym, lub do wrzaskliwego opłakania jego straty w razie przeciwnym. Niekiedy powołanym do służby wojskowéj towarzyszą także krewni ciężko chorzy. Takim téż był przypadek przezemnie uważany. Rekrut z okolic Chorsobadu, położonego o kilka godzin drogi od Mussulu, przyprowadził z sobą starego ojca dotkniętego typową formą trądu. Choć jedynak, nie będąc pewny, czy mu się uda wyrwać się ze szponów bardzo energicznéj naówczas komisyi asenterunkowéj, nie wahał się narazić cierpiącego ojca na trudy podróży i dał nam możność obserwowania bardzo ciekawego i rzadkiego przypadku. W rodzaju pudełka zbitego z kilku desek, opatrzonego w cztery niskie kółka i drążek przeznaczony do ciągnienia tego rodzaju wózka, znaleźliśmy siedzącego na słomie starca, okrytego brudną i poszarpaną płócienną kołdrą, z pod któréj wystająca część odnóg dolnych przedewszystkiém zwracała na siebie uwagę. Wydzielająca się przenikliwa i bardzo cuchnąca woń oddaliwszy ciekawych, pozwoliła zająć się zbadaniem cierpiącego, który przedstawił następujący obraz. Mężczyzna Kurd, lat 58 liczący, budowy silnéj, z systemem mięśniowym dobrze rozwiniętym lecz zanikłym w następstwie długiéj nieruchomości, okazuje na odnogach dolnych, przedramionach i twarzy, strupy półkoliste koloru brunatnego, niełuszczące się przy brzegach, tylko otoczone wąskim rąbkiem tkanki zdrowéj i pokrywające ranę niegłęboką, w pewnych jednak punktach przenikającą aż do warstw tkanki mięśniowéj. Wydzielina z ran była skąpą, koloru brunatnego, nadzwyczaj cuchnąca i w skutek zupełnego zaniedbania czystości osiadająca na powierzchni powłok skórnych. Znajdująca się między strupami przestrzeń przedstawiała tu i owdzie ślady dawniéj zagojonych ran; chory bowiem od lat 29 pozostaje w jednym i tym samym stanie. O przyczynie powstania swego cierpienia nic pewnego podać nie może, twierdzi tylko, że prowadząc partyję wielbłądów przez pustynię syryjską, po przepędzeniu tam kilku miesięcy, z powrotem do domu wpadł w wielką nędzę i od téj chwili zaczął spostrzegać gruzełki, występujące najprzód na odnogach dolnych, późniéj na twarzy i przedramionach, które jakkolwiek przechodziły w stan owrzodzenia nie sprawiając żadnych bólów, bywały pozostawiane same sobie, zmuszając tylko chorego do ukrywania swego stanu. Po kilku latach chory coraz to bardziéj zaczął zapadać na siłach, chudnąc, aż wreszcie stracił zupełnie władzę ruchu. Syn jego jednak liczący lat 18cie przedstawia wszystkie warunki dobrego zdrowia i dotąd niezauważył żadnych pojawów zdradzających cierpienie ojca. Porównywając cechy tego przypadku z widzianemi w Silvam i Jafie, nie wahałem się uznać cierpienia tego za trąd i zyskawszy możność umieszczenia biednego starca w szpitalu wojskowym, tyle chociaż zdołałem zrobić, że jego rany nabrały lepszego wejrzenia, choć o skłonności do zabliźnienia się i mowy być nie mogło. Syn został uwolniony od służby wojskowéj, a starzec ze zmianą naszego garnizonu miał powrócić do rodzinnego zakątka. Z późniejszych zaś dochodzeń przekonałem się, że był to jedyny przypadek trądu w całéj obszernéj prowincyi, o którym aż do chwili przedstawienia się chorego nikt prawie nie wiedział.

Długotrwały charakter trądu i nadzwyczajna jego uporczywość wywołały konieczność próbowania bardzo licznych środków, lecz zastosowywanych tylko w leczeniu chorych, którym względny los pozwolił dostać się do szpitala, bo ci trędowaci, którzy w zakładach opieki tureckiéj pozostawieni są sami sobie, nic zwykle nie przedsiębiorą, będąc przekonani, że nie ma środka, któryby mógł nietylko usunąć ale przynajmniéj ograniczyć przebieg sprawy chorobowéj. Byłoby jednak inaczéj, gdyby władza turecka zdecydowała się rozciągnąć większą pieczołowitość nad tymi współczesnymi Łazarzami. Przynajmniéj przez zastosowanie częstych kąpieli można byłoby utrzymać konieczną czystość i uczynić mniéj wstrętném samo wejrzenie trędowatych. Gdy jednak

i ten prosty sposób postępowania stale pomijają, nie pozostaje mi jak tylko zwrócenie się do przejrzenia sposobów leczenia szpitalnego. Tutaj więc kąpiele proste lub zawierające sole alkaliczne stanowią podstawę ogólnego traktowania trędowatych. Z liczby zaś leków próbowanych wewnętrznie następujące zasługują na wzmiankę: środki przeczyszczające i napotne, jodek potasu, odwar z liści *Solanum Dulcamara* lub *Rhus radicans,* nastój much hiszpańskich, przetwory arsenikalne, siarczane, dwuchlorek rtęci i wreszcie siarczek antymonu. Jednocześnie ze środkami wewnętrznemi stosowano także opatrunek na rany. Maści z jodkiem żelaza i siarką, jodkiem lub azotanem rtęci, przyżegania, a nawet i pryszczydła, znajdowały swe zastosowanie, mające głównie na celu zmienienie stanu powierzchni owrzodzonych. Nakadzań siarkowych, kąpieli parowych, nawet leczenia wodą zimną także nie pomijano. Lecz na nieszczęście wszystkie te środki nie okazały żadnego wpływu na przebieg cierpienia, a jeżeli pryszczydła zdołały zmienić naturę owrzodzeń, nadając im wejrzenie powierzchni lekko ziarniejącéj, to po niejakim czasie chwilowe to polepszenie zmieniło się na gorsze, w skutek przejścia z ziarnień w stan rozmiękczenia. Przekonano się także, że zastosowanie maści zawierających przetwory rtęci stanowczo pogorszalo stan owrzodzeń. Jedyną więc ulgą, jaką mieli trędowaci, była chwila wkrótce po użyciu kąpieli. To téż starano się je stosować według możności. W czasie mego przejazdu przez Palestynę, gdy odwiedziłem „szeika“ trędowatych w Silvam, znalazłem go zajętego opatrywaniem swych ran, które obmywszy okładał następnie liśćmi z rośliny, któréj gatunku na razie nie podobna było rozpoznać. Zainteresowany jednak opowiadaniem starca o ich skutku, wziąłem kilka liści jako okaz i przekonałem się następnie, że okazem je dostarczającym jestto gatunek *Xyris arabica* z rodziny Eriocaulineae, bardzo tu rzadki i otrzymywany głównie ze wschodnich okolic prowincyi Maskatu. Własność liści téj rośliny, zmaczanych najprzód w słodkiém mleku, ma być ściągającą i pochłaniającą, słusznie więc zachwalaną w leczeniu owrzodzeń u trędowatych. (C. d. n.)

V. Oceny i sprawozdania.

Prof. A. Tauber (Warszawa): **Czy zachodzi związek fizyjologiczny między śledzioną i gruczołem tarczykowym?**

W literaturze chirurgicznéj jest znanych przeszło 50 przypadków, w których śledziona u człowieka została wyjętą, a jednak nie mamy dotąd stanowczéj odpowiedzi na pytanie, jakie znaczenie fizyjologiczne ma śledziona dla ustroju. Nawet w ostatnich czasach zdania pod tym względem są zupełnie sprzeczne.

Tiedemann *(Zeitschrift f. Physiol.* Bd V) twierdzi, że śledziona jest narządem wytwarzającym krew; a po jéj wycięciu obejmuje tę czynność gruczoł tarczykowy.

Brücke przeciwnie zalicza śledzionę do układu limfatycznego, z którym gruczoł tarczykowy nie ma żadnego związku.

Neumann i Ehrlich odmawiają jéj wszelkiego wpływu na tworzenie się krwi.

Według Schiffa i Herzena ma się w śledzionie rozwijać zaczyn, potrzebny do przeobrażenia pokarmów z pomocą soku trzustkowego, natomiast nie ma śledziona wpływu na tworzenie się ciałek krwi a jeżeli czasem występuje powiększenie gruczołów limfatycznych u zwierząt po wyjęciu śledziony, to tylko skutkiem zapalenia otrzewny wywołanego rękoczynem. Robin, badając krew dwóch kobiet, u których Péan wyjął śledzionę, znalazł, że krew ich zawierała więcéj ciałek białych (1:200) a $^1/_{10}$ część czerwonych ciałek składała się (z t. zw. mikrocytów, przyczém ciałka czerwone były w ogóle większéj objętości.

Według Winogradowa *(Wracz* Bd. IV, 1883, Nr. 6, 7) mają najważniejsze zmiany powstawać po wyjęciu śledziony w gruczołach limfatycznych i szpiku kostnym. Gruczoły limfatyczne są miękkie, soczyste i przypominają utkanie śledziony a pod drobnowidem okazują mnóstwo ciałek czerwonych, tkwiących w przestworach limfatycznych.

Credé *(Langenbecka Archiw* T. XXVIII 1883) a w ostatnich czasach i Zesas, zgadzają się w zasadzie z Robinem, że w śledzionie przetwarzają się ciałka białe, powstałe w gruczołach limfatycznych, na ciałka czerwone, tylko że Zesas czynność tę przypisuje także i innym narządom, jak gruczołowi tarczykowemu i gruczołom chłoniczym oskrzelowym i kreskowym. T. podzielił swoje doświadczenia na 3 grupy: W jednych przypadkach wycinał zwierzętom same śledziony, w drugich w jakiś czas po tym rękoczynie wyłuszczał gruczoł tarczykowy, w trzecich wreszcie oba te rękoczyny wykonywał naraz. Przy téj sposobności zwrócił T. uwagę na okoliczność mało dotąd uwzględnianą, t. j. na często zdarzający się zupełny brak gruczołu tarczykowego u zwierząt domowych. Z doświadczeń swych wyprowadza T. następujące wnioski:

1) Śledziona jest jednym z głównych zbiorników krwi, dla tego jéj wyjęcie zmienia stosunki krążenia i wywołuje zastój w wątrobie, nerkach a szczególnie w gruczołach limfatycznych.

2) Między śledzioną a gruczołem tarczykowym nie ma żadnego fizyjologicznego związku.

3) Zwierzę średniego wieku wytrzymuje o wiele snadniéj wycięcie śledziony niż zwierzę starsze.

4) Zwierzęta, którym wycięto śledzionę, są zdolne do zapłodnienia, przyczém nowo narodzonym nie brak śledziony.

5) Wycięcie śledziony nie ma żadnego wpływu na trawienie.

6) Po wycięciu śledziony zwierzę staje się w wysokim stopniu niedokrewném; względna i bezwzględna ilość ciałek białych znacznie się zwiększa a wielkość i liczba ciałek czerwonych zmniejsza się. *(Virchowa Archiw* T. 95 Z. 1).

Dr. Otto.

Wiadmości pomniejsze.

Wykrycie krwi po wypraniu. Ktokolwiek raz tylko przyłożył rękę do badania śladów krwawych na bieliźnie nie pominie artykułu ogłoszonego pod powyższym napisem w jednem z pism farmaceutycznych. Referent nie podaje niestety źródła, z którego zaczerpnął wiadomość o rozwiązaniu jednéj z najtrudniejszych kwestyj mikrochemicznych, podaje tylko, że p. Chatin przedstawił na posiedzeniu Akademii Umiejętności w Paryżu spostrzeżenia p. Hussona dotyczące powyższéj sprawy. „Jeżeli tkanina splamiona krwią poddaną została praniu w celu usunięcia takowéj, mimo to wszystko będzie rzeczą możliwą wykryć rozmaite charakterystyczne składniki téjże“, twierdzi referent za autorem a nadto utrzymuje, że „w tych razach, gdy mikroskop i spektroskop nie są w stanie zdecydować ani obecności hemoglobiny ani téż hematyny, nie pozostaje nic innego jak poszukiwanie włóknika krwi.“

Przeczytawszy takie dwa zdania, trudno oprzeć się chęci,

aby obejrzeć kartkę tytułową pisma, które ma się przed sobą, a zwłaszcza pilnie zbadać, czy też nie przez pomyłkę odbito na dole cyfrę 1884! O ile zdanie pierwsze zaciekawia mocno każdego, który przynajmniéj raz miał sposobność poświęcić kilka godzin badaniu plamy krwawéj, o tyle zdanie drugie może tylko uśmiech politowania wywołać. Albowiem podczas gdy wszyscy lekarze jakotéż chemicy godzą się dzisiaj na to, że pierwszorzędne znaczenie w badaniach śladów krwawych przyznać należy barwikowi krwi, przypomina sobie autor owe czasy, kiedyto jeszcze istotom białkowym krwi znaczenie to przypisywano! Ale w dalszym ciągu referatu nie ma już o tém badaniu wzmianki a za to czytamy opis sposobu otrzymania kryształków heminu, podany przez prof. Teichmanna w roku 1853 a ulepszony z biegiem lat przez kilku autorów, chociaż nie ku wielkiéj korzyści. Aby jednak przecie coś nowego było w téj pracy, sili się autor nad opisem sposobu wykazania mydła w tkaninie badanéj! Trudno zaiste pojąć, po co mydła szukać w płótnie? czy Sąd o to pyta kiedykolwiek? a gdyby nawet takie pytanie stanęło na porządku dziennym, jakiżby sposób podał autor celem wykazania, że mydłem tém mydlono bieliznę po splamieniu krwią a nie przedtém? Wykazanie mydła polega na przedstawieniu krystalicznych postaci kwasów tłuszczowych, ale czy na tém koniec, czy kwasy tłuszczowe w bieliźnie już tylko mydłu swoje pochodzenie zawdzięczać muszą, czyliż kwasy te nie są przeważnemi składnikami wydzielin gruczołów skórnych a na sukniach wierzchnich u klasy pracującéj czyż nie pochodzą one prawie zawsze od zanieczyszczeń przypadkowych! Oddziaływanie alkaliczne popiołu ze spalonéj tkaniny ma dowodzić istnienia w popiele zasady, która przedtém była w połączeniu z kwasem tłuszczowym, tworząc mydło. Gdyby nawet wykazanie oddziaływania tak małéj odrobiny popiołu było tak łatwém, to czyż już tylko w tym razie będzie popiół oddziaływał alkalicznie? Sądzę, że popiół z każdéj prawie tkaniny organicznéj będzie po wyżarzeniu na blaszce platynowéj oddziaływał alkalicznie. Oto wszystko, czego nas chce nauczyć rozprawka pod tak wiele obiecującym tytułem. Jak widać nie objął autor zakresem swojéj wiedzy spostrzeżeń nawet ostatniego lat dziesiątka a badaniu nadał kierunek najzupełniéj niewłaściwy.

Dr. I. Schaitter.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

IX Posiedzenie zwyczajne Tow. lek. krak. z d. 21go maja 1884.

Przewodniczący kol. Kwaśnicki. Członków obecnych 28.

1. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i bez zmian przyjęto.

2. Przewodniczący zdaje sprawę imieniem Komisyi zajmującéj się referatami dla roczników Virchowa i Hirscha. W roku bieżącym członkowie Komisyi prawie wszyscy wywiązali się z czynności, których się podjęli, i tym sposobem na termin przepisany zdołano wysłać do Berlina 128 referatów z prac lekarskich polskich w roku przeszłym ogłoszonych. Niestety pominięto znów kilka prac, które się pojawiły w Przeglądzie Lekarskim; tém bardziéj przypuścić należy, że i z innych czasopism polskich niektóre pominięte zostały.

Referaty wysłane odnoszą się do prac następujących lekarzy (cyfry oznaczają ilość prac):

Biegański 1, Bieliński 1, Blumenstok 8, Chełchowski 1, Cepryński i Talko 1, Czarowski 1, Danek 1, Dobrzycki 3, Dogiel 2, Dunin 3, Eban i Jasiński 1, Erlicki 1, Florkiewicz i Rogowicz 2, Gabszewicz 2, Gajkiewicz 1, Gluziński 3, Gwiazdomorski 1, Hołowiński 1, Huzarski 1, Jabłonowski 5, Jakowski 2, Janiszewski 1, Jawdyński 1, Jaworski 2, Jeleński 1, Jerzykowski 1, Klink 1, Kohn 1, Korniłowicz 2, Kośmiński 1, Kramsztyk 2, Krówczyński 1, Machek 2, Majkowski 1, Malinowski 4, Matlakowski 5, Mączewski 1, Meyerson 1, Mikulicz 4, Mierzejewski i Erlicki 1, Natanson 1, Nencki 1, Neugebauer 2, Orłowski 2, Pacanowski 2, Paczkowski 1, Pawiński 1, Perkowski 2, Peszke 1, Pisek 2, Reichmann 2, Rosenblatt 1, Rosenthal 1, Ruppert 1, Rydygier 1, Rzeczniowski 1, Schaitter 9, Schattauer 1, Sokołowski 6, Straszewski 1, Święcicki 2, Świeżański i Wenda 1, Talko 1, Vorstaedter 1, Wasserzug 1, Wicherkiewicz 2, Wolfram 2, Wróblewski 1, Wroczyński 1, Zawadzki 1, Żuliński 1.

3) Przewodniczący zawiadamia Zgromadzenie, iż jadąc na tegoroczny Zjazd lekarzy i przyrodników polskich do Poznania, będzie reprezentował na nim Tow. lek. krak.

4. Kol. Jordan odczytuje rzecz o „antyseptyce w położnictwie.“ (Odczyt ten umieszczonym zostanie w Przegl. Lek.)

W dyskusyi zabierali głos koll. Madurowicz, Kohn, Mars i Obaliński.

Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Szymkiewicz.*

VII. Cholera w Egipcie r. 1883.

Napisał Dr. K. Kłodzianowski.

Delegat i lekarz sanitarny ces. i król. Austryi i Węgier przy Radzie międzynarodowéj sanit. kwarant. w Egipcie.

(Rzecz czytana na IV Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu).

Uprzedzam z góry, że nie będę tu mówić o nowych badaniach mikroskopowych i odkryciach Kocha; są one mniéj lub więcéj znane, a pytanie to czeka jeszcze ostatecznego rozwiązania. Wypowiedzenie mego zdania osobistego byłoby przedwczesném i wzbudziłoby dyskusyję, któréj rezultat byłby niepewnym. Ograniczę się tylko do opowiedzenia powstania i rozszerzania się cholery, jako też wspomnę o środkach zaradczych i z jakim skutkiem ich użyto.

Najważniejszą dla nas rzeczą jest udowodnienie źródła cholery w Egipcie, czy ona rozwinęła się w kraju samym, czy też zawleczoną została z Indyj, znanéj kolebki cholery.

23 czerwca 1883 r. otrzymała Rada międzynarodowa w Aleksandryi od swego ajenta Dra Ferrariego telegraficzne uwiadomienie o ukazaniu się słabości podobnéj do cholery. Rada zebrawszy się natychmiast na posiedzenie wysłała na drugi dzień kilku członków swoich, lekarzy, którzy cholerę nie pierwszy raz widzieli, aby ci orzekli, czy słabość w Damiecie jest cholerą lub nie. Komisyja ta orzekła jednogłośnie, że słabość jest cholerą, ze względu zaś na gwałtowne szerzenie i powiększanie się jest cholerą epidemiczną.

Po orzeczeniu téj Komisyi złożonéj z ludzi doświadczonych nie można było wątpić o jakości choroby. Pomimo to znaleźli się lekarze, którzy nie będąc w Damiecie tendencyjnie rozsiewali wieści, że choroba w Damiecie nie jest cholerą, lecz *gastroenteritis* z przyczyny zakażenia wody padliną. Znalazł się nawet jeden, który przy téj sposobności odkrył *typhus bovinus* zhumanizowany. Raptowne jednak szerzenie się cholery nakazało milczenie. Nie mogąc zaprzeczyć istnienia cholery, wzięli sobie ci sami za zadanie dowieść, że cholera powstała samorodnie w Egipcie a nie została zawleczoną z Indyj. Powstały dwa obozy, jeden polityczno-medyczny przypuszczający samorodność cholery w Egipcie, drugi medyczno-naukowy szukający dowodów zawleczenia cholery z Indyj.

Na pierwszy rzut oka dziwném to się wydało, że cholera pokazała się właśnie w Damiecie pozornie niebędącéj w żadnéj komunikacyi z Indyjami. Winę rozwinięcia się cholery przypisywano z jednéj strony jarmarkowi, który się odbył przed 23 czerwca, z drugiéj strony zanieczyszczeniu Nilu padliną bydła, które poczciwy Fellah dawnym zwyczajem, aby oszczędzić pracy grzebania, wrzucał do Nilu.

Sąto niezawodnie stosunki bardzo odpowiednie dla rozwoju epidemii, tém bardziéj, że po wojnie stan higijeniczny kraju był daleko gorszym niż przedtém, jednakowoż ztąd wywodzić samorodne wylęgnięcie się cholery jest rzeczą bardzo śmiałą i niemającą żadnéj podstawy. Jarmark odbywa się w Damiecie co rok w tych samych warunkach, zakażenie Nilu padliną zwierzęcą również jest rzeczą zwyczajną. W roku 1876 gdy podczas zarazy wielkiéj na konie wszystkie niemal wyginęły w Egipcie, był Nil tak zarzucony padliną, że koło Damiety trudno było statkiem przepłynąć. Pomimo tego cholery w Egipcie nie było. Zresztą wrzucanie padliny do wody jestto zwyczaj w Egipcie od niepamiętnych czasów praktykowany, a *typhus bovinus* istnieje tamże od lat 20 bez przerwy. Stan higijeniczny kraju był zawsze złym, policyi zdrowia prawie jak nie ma, gdyż jéj zadanie spełniają od wieków upał słoneczny, psy uliczne i jastrzębie.

W tym samym czasie, kiedy w Egipcie tylko wyjątkowo kilku lekarzy przeczyło istnieniu cholery w Damiecie, odezwał się w parlamencie angielskim głos znanego uczonego, który twierdził to samo, utrzymując, że ta epidemija nie jest cholerą, tylko słabością do téjże podobną, powstałą z przyczyn miejscowych i że wkrótce ustanie. Na te twierdzenia dała cholera sama jasną i prędką odpowiedź, rozszerzając się z wielką gwałtownością po całym kraju. Anglija, którą ta kwestyja bardzo interesowała, i któréj zależało na tém, aby świat przekonać, iż cholera w Egipcie samym się zrodziła, a nie była zawleczoną z Indyj, wysłała tamże w misyi nadzwyczajnéj Dra Huntera, który, więcéj lekarz niż dyplomata, zdradził się na samym wstępie do Egiptu, że z gotowym programem przyjechał. Zaledwie wysiadł na ląd oświadczył kategorycznie, że cholera musiała się wylęgnąć w Egipcie. Po małéj przejazdce koleją, nie wysiadając prawie z wagonu, potwierdził swoje mniemanie dodając, że ta epidemija jest tylko ciągiem dalszym epidemii z r. 1865 i że od tego czasu istniala ciągle w stanie endemicznym. Niektórzy lekarze, i to tacy, którzy w głębi kraju nigdy nie byli, oświadczyli na jego zapytanie, chcąc mu się przypodobać, że widzieli kilka przypadków choleryny.

Te orzeczenia i okoliczność, że w wykazach śmiertelności często bardzo znajduje się *gastro-enteritis*, służyły Drowi Hunterowi za podstawę jego orzeczenia. Co do mnie przez lat kilka przejeżdżałem kraj wzdłuż i w szerz studyjując przedewszystkiém właściwości chorób miejscowych, a nigdy nie widziałem żadnego przypadku cholery ani żadnéj innéj choroby, któraby się zbliżała do niéj. Co się tyczy *gastro-enteritis* figurującéj w wykazach śmiertelności tylko tyle mogę powiedzieć, że gdyby Dr. Hunter był jéj się bliżéj przypatrzył, byłby się przekonał, że to była *gastro-enteritis* małych dzieci.

Pomijając nawet argumenta wyż przytoczone sama gwałtowność epidemii przeczy temu, jakoby cholera w Egipcie istnieć mogła od roku 1865 w stanie endemicznym.

Na potwierdzenie tego przytoczę akt bardzo ważny pochodzący z angielskiéj Rady zdrowia w Indyjach. Aby położyć koniec wszelkim sprzeczkom z radą sanitarną w Indyjach Rada sanitarna międzynarodowa w Aleksandryi zapytała się pierwszéj, kiedy cholera podług jéj zdania jest w Indyjach epidemiczną a kiedy nią nie jest. Na to otrzymaliśmy następującą odpowiedź: cholera rozwija się epidemicznie tylko w takich miejscach, gdzie w stanie endemicznym się nie znajduje, a przeciwnie w Bombayu, Kalkucie i innych miejscach, gdzie cholera endemiczna trwa ciągle, epidemii téjże w ścisłém słowa tego znaczeniu nigdy nie było. To znaczy, że w kraju, gdzie cholera istnieje w stanie endemicznym, epidemija tego rodzaju nie byłaby możliwą.

Powstanie cholery z zakażenia Nilu padliną chciano udowodnić jeszcze tą okolicznością, że po wyczyszczeniu wody ze ścierwa cholera w Damiecie ustała. To prawda, że cholera w Damiecie ustała po upływie miesiąca, gdyż wszystkie epidemije gwałtowne krótko trwają; lecz ustając w Damiecie, szerzyła się cholera w najgwałtowniejszy sposób w Mansurze i w innych miejscowościach nad brzegami Nilu. Gdyby tedy oczyszczenie Nilu rzeczywiście taki wpływ zbawienny miało wywrzeć na ustanie cholery w Damiecie, to powinnoby było tak samo zbawiennie oddziaływać na inne miejsca leżące na brzegach; stało się jednakowoż przeciwnie.

Te są argumenta, którémi stronnictwo medyczno-polityczne starało się udowodnić wywiązanie się samoistne cholery w Egipcie.

Z nich tylko ta okoliczność jest ważną, że po wojnie w skutek téjże późniéj zanieczyszczenie wody ścierwem przedewszystkiém w okolicy Damiety i w czasie zebrania tłumu podczas jarmarku utworzyło stan bardzo korzystny dla rozwinięcia się epidemii. Nasuwa się tu pytanie, czy zarodek cholery mógł być zawleczony z Indyj do Damiety, czy nie?

Na pozór wydaje się, że Damieta, która dziś straciła swój dawny wielki handel ustępując miejsca Aleksandryi, nie pozostaje w żadném połączeniu z Indyjami; jednakowoż tak nie jest. Jest ona w połączeniu najniebezpieczniejszém, bo z okrętami kupieckiemi przychodzącemi z Indyj. Okręty kupieckie angielskie są bardzo oszczędne w ekwipowaniu się, zabierają przeto z Anglii tylu tylko ludzi, ilu im koniecznie potrzeba do przebycia morza śródziemnego. Morze to jest zwykle spokojne, klimat jego przyjemny a zatém mało ludzi wystarcza do obsługi okrętu. Przyjeżdżając do Port-Said okręty zwykły najmować ludzi, przedewszystkiém palaczy Arabów, gdyż Europejczycy przy temperaturze morza czerwonego i indyjskiego nie mogą wytrzymać tak mozolnéj pracy. Drugą przyczyną jest oszczędność płacy. Ludzie, których się najmuje w Port-Said do Indyj i napowrót, pochodzą zwykle z Damiety, znani jako dobrzy marynarze, którzy rodziny swoje mają w saméj Damiecie. W powrocie okręty te nie podlegają żadnéj kontroli pomiędzy miastem portowém indyjskiém a Suezem. Gdy podczas podróży cholera na okręcie powstanie i z załogi umrze kilku ludzi, to kapitan zawija do pierwszéj lepszéj małéj przystani, najmuje zastępców i przybywa do Suezu z kompletnym ekwipażem, jaki na liście okrętowéj się znajduje. Sprawdzić tożsamość osób składających załogę okrętową rzeczą jest niemożliwą, a kapitanowie sąto zwykle tego rodzaju ludzie, którzy sobie żadnego skrupułu nie robią z potwierdzenia kłamstwa przysięgą.—Wielu ludzi okrętowych, a przedewszystkiém najętych w Egipcie, na listach okrętowych nie figuruje aby uniknąć wszelkich opłat. Opuściwszy Suez okręt przepływa kanał Suezki albo wolno albo w czasie epidemii w Indyjach pod dozorem kwarantanowym, tj. nie może komunikować z lądem. Dla przestrzegania tego zakazu dostaje w Suezie nadzorcę z kwarantany.—Jak mówiłem poprzednio, znajdują się na pokładzie i to przedewszystkiém ludzie z Egiptu, którzy na liście okrętowéj nie figurują, ci bez wiedzy w nocy albo z wiedzą przekupionego nadzorcy wysiadają na ląd przed przybyciem do Port-Said około Izmailii, zkąd im

bliżéj do Damiety. Ztąd udają się prosto przez jezioro Menzalech do Damiety do swoich rodzin. Liczba tych ludzi jest znaczną. Zatém komunikacyja Damiety z Indyjami jest ciągłą i częstą. (C. d. n.)

VIII. III-ci Zjazd berliński poświęcony medycynie wewnętrznéj.

Przewodniczący zgromadzeniu Frerichs zagaił pierwsze posiedzenie Zjazdu przemową, w któréj przedstawił treściwie szereg zagadnień z zakresu medycyny wewnętrznéj, obrabianych podczas Zjazdów poprzednich, następnie wyliczył kwestyje, któremi zajmie się Zjazd trzeci. Jakkolwiek spraw roztrząsanych na Zjazdach poprzednich nie można jeszcze wcale uważać za załatwione, bo na to może lat setek potrzeba będzie, to jednak sprawy te rozbudziły żywe zajęcie w kraju i zagranicą, porozumiano się bowiem wzajemnie co do kwestyj najważniejszych i wytknięto niejako drogę dalszemu badaniu.

Z kolei zabrał głos Jürgensen mając mówić:

O samorodném zapaleniu płuc.

Referent przedstawił w krótkim zarysie historycznym przemiany zapatrywań na tę chorobę a za początek nowego zwrotu tych zapatrywań uważa chwilę, w któréj wyrzekł: że zapalenie płuc jest chorobą zakaźną, ogólną, z przeważną lokalizacyją w płucach. Teraz może do tego określenia dodać słowa, że przyrzut téj choroby zakaźnéj jest znany tak więc, zdanie: *Frigus unica pneumoniae causa* nie jest już prawdziwém. Zaziębienie wykazać można z pewném podobieństwem do prawdy zaledwie u 20% wszystkich chorych na zapalenie płuc a jeżeli w ogóle liczyć się trzeba z tą szkodliwością, to tylko dla tego, że zaziębienie sprowadza nieżyt oskrzelowy, który sprzyja przyjęciu się i rozwojowi przyrzutu. Drugą ważną jest okoliczność, że zapalenie płuc nie jest wcale chorobą nagabującą w sile wieku męskiego; błędne to zapatrywanie wynikło jedynie z powoływania się na daty szpitalne. Już Dietl i Immermann wykazywali w różnych czasach, że zapalenie płuc nagabuje osoby osłabione. Na pytanie, czy zmiany meteorologiczne wywierają wpływ na częstość przypadków zapalenia płuc, odpowiada autor twierdząco i jako pewnik ogłasza, że względna wilgotność gruntu przeszkadza, posucha sprzyja rozwojowi téj choroby.

Na podstawie 10-letnich doświadczeń twierdzi autor, że zapalenie płuc jest chorobą łączącą się z mieszkaniami tak jak dur brzuszny, że jednak nie zdarzają się rozległe zarazy, przypisać należy okoliczności, że do zapadnięcia potrzeba znacznego stopnia osobniczego usposobienia. Nie można również zaprzeczyć możliwości przeniesienia choroby z osoby na osobę, jakkolwiek takie przypadki są nader rzadkie. Flint wykazał w przeciągu 6-letnich obserwacyj w $^2/_3$ swoich przypadków związek zachodzący pomiędzy schorzeniem dawniejszém a świeżém, wypowiedzenie jednak, że zapalenie płuc jest wprost chorobą zaraźliwą, jest zdaniem J. zanadto śmiałém, jak niemniéj nie można przypisywać wielkiego znaczenia zapatrywaniom Kühna o rozwlekaniu przyrzutu téj choroby.

Ze względów klinicznych oświadczył się J. za jednotliwością przyrzutu. Za wielorakością przyrzutu przemawiały przypadki, w których obok zajęcia miąższu płucnego rozwijał się przyrzut w innych narządach równocześnie sprowadzając tamże zmiany zapalne. Szkolnym niejako i typowym nazywa J. przypadek, w którym nagabniętym bywa jeden płat płuca, choroba rozpoczyna się od dreszczu i kończy się wyraźném przesileniem; J. jest jednak zdania, że przyrzut krążący wśród krwi może również gdzieindziéj rozwinąć się a żaden narząd nie jest zabezpieczony od jego wtargnięcia. Nauwerk wynalazł w 13tu przypadkach prątki Friedlaendera w nerkach osób, które obok zapalenia płuc cierpiały równocześnie na dławcowe zapalenie nerek. Obserwacyja przebiegu ciepłoty wśród zapalenia płuc wskazuje, że rozwój przyrzutu nie jest jednostajny tak w przypadkach z przebiegiem ciężkim jakotéż w przypadkach typowych zupełnie zgodnie z tém, co już spostrzegano w przebiegu zimnicy i duru powrotnego.

Mimochodem tylko dotknął mowca terapii, kładąc główne nacisk na wypełnienie wskazań higijeny w pierwszym rzędzie. Własne doświadczenia nie przekonały go o skuteczności jodu jako środka poronnego, który zalecano w ostatnich czasach; gorąco zaleca metody odciągania wysokiéj ciepłoty obok zwracania bacznéj uwagi na czynność serca. Ostatecznie reasumuje zapatrywania w trzech zdaniach: „Zapalenie płuc jest chorobą zakaźną, która się najczęściéj jakkolwiek nie zawsze lokalizuje w płucach. Zaziębienie jest jedną z rzadszych przyczyn przypadkowych, a osoby osłabione podpadają częściéj niż silne i zdrowe. Wśród leczenia należy porzucić postępowanie przeciwzapalne w pojmowaniu lekarzy dawniejszych.“

Korreferent Fraenkel (Berlin) zastanawia się w przemówieniu swojém nieco dokładniéj nad pneumokokami Friedlaendera. Opisując dokładnie sposób hodowania tych pasorzytów, wykazuje cechy odróżniające je od innych istot tego rodzaju a w końcu swojego referatu wysnuwa następujące wnioski:

1. Grzybek zapalenia płuc, który za pomocą hodowli można odosobnić z płuca człowieka zmarłego, przyjmuje się u różnych rodzajów zwierząt. Króliki okazują się czasem odpornemi na ten przyrzut, innym razem ulegają szybko jego działaniu wśród objawów ogólnego ciężkiego schorzenia albo téż wśród zapalenia narządów wewnętrznych lub błon surowiczych.

2. Późniejsze doświadczenia rozstrzygną co jest przyczyną takiego zachowania się królików. Bądź co bądź należy przyczyny szukać w rozmaitéj jadliwości przyrzutu który traci swoją pierwotną siłę jużto w skutek wpływów działających nań nim wtargnął do organizmu, jużtéżto wśród samego organizmu.

3. Tworzenie się powłoczek na kokach, jak niemniéj ich wzrost w postaci paznogcia, nie są wcale objawami stałemi, powłoczki napotyka się i u innych rodzajów koków a wzrost opisany polega na szczególniejszéj sile rozrodczéj tych pasorzytów. Z tych tedy powodów nie można pasorzyta zapalenia płuc jako takiego odrębnie zcharakteryzować.

W dyskusyi nad tym przedmiotem zabrało głos kilkunastu członków Zjazdu. Z tych jedni starali się rozszerzyć inni ograniczyć definicyję wygłoszoną przez Jürgensena. W głównych zarysach jednak przyjęło zgromadzenie tę definicyję i zajęło się w dalszym ciągu dyskusyi rozstrząsaniem kwestyj leczniczych.

Na posiedzeniu następném zabrał głos Rosenthal (z Erlangi) mając mówić:

O odruchach.

Badanie odruchów, tyle ważne ze względu na tłumaczenie objawów chorobowych, nastręcza liczne trudności po-

szukiwaniom fizyjologów; rozchodzi się bowiem o zbadanie mechanizmu tych spraw w ośrodkach nerwowych, podczas gdy przebieg skutków zadrażnienia jest w rozgałęzieniach nerwów obwodowych poznany zaledwie w ogólnych zarysach. Pojęcie „odruchu" uwzględnia się o tyle, że się tą nazwą obejmuje schematycznie pewien ruch sprowadzony w układzie mięśniowym zadziałaniem wrażenia czuciowego na obwód. Nie obejmuje się tą nazwą spraw z zakresu czynności psychicznych, któreto sprawy są odruchami skomplikowanemi. W powstawaniu odruchów pierwszego rodzaju pośredniczy rdzeń pacierzowy a mała nawet cząstka tegoż jest dostateczną do wywołania tych objawów.

W roku 1854 obliczył Helmholtz szybkość szerzenia się zadrażnienia w nerwach na 24 metry w sekundzie. Autor przekonał się, że szybkość ta jest znacznie mniejszą, gdy zadrażnienie przebywa ośrodki nerwowe, że więc te ośrodki stanowią znaczniejszą przeszkodę dla szerzenia się zadrażnienia aniżeli obwodowe rozgałęzienia nerwów czuciowych i ruchowych. Czas pomiędzy zadziałaniem bodźca a skurczem bywa bardzo rozmaity, zależnie od natężenia bodźca i od miejsca zadziałania. Pod wpływem ciągłego zwiększania natężenia bodźca zmniejsza się „czas odruchu" a wreszcie staje się tak krótkim, że prawidło Helmholtza staje się nieprawdziwém.

W dalszym ciągu przemówienia swego zajął się autor śledzeniem kierunku przebiegu zadrażnienia w rdzeniu pacierzowym, w końcu dodaje jednak, że nie doszedł do rezultatów, któreby można było zużytkować praktycznie przy łóżku chorego.

W dyskusyi nad tym przedmiotem zabiera głos między innymi Weber z Halli i opisuje przypadek padaczki, który może służyć za dowód twierdzenia Rosenthala, że czas odruchu bywa krótszym w miarę zwiększania się natężenia bodźca. U pewnego chorego można było po zagojeniu się rany na palcu wywołać napad drgawek padaczkowych drażniąc mechanicznie bliznę pozostałą w miejscu wymienionem. Napad występował prędzéj lub późniéj w miarę, czy bliznę silnie uciśnięto lub téż z lekka tylko głaskano.

W dalszym ciągu tegoż posiedzenia mówił Pfeiffer (z Weimaru)

O krowiance i ospie.

Na podstawie spostrzeżeń własnych i cudzych zastanawia się P. nad: 1. miejscem wtargnienia i rozwoju grzybka ospy-krowianki, 2. nad doświadczalném wzmacnianiem i osłabianiem jego siły i 3. nad postępami w technice szczepienia. W dłuższém przemówieniu dowodzi autor, że przyrzut ospowy nie rozmnaża się w krostach ospowych i że za tém jego twierdzeniem przemawiają między innemi przypadki ospy bez króst (*Variola sine variolis* Sydenham, Boerhave), przemawia za tém przebieg gorączki po wtargnieniu przyrzutu do organizmu, zanim jeszcze krosty powstały. Lokalizacyję w skórze tłumaczy P. więźnieniem przyrzutu w najdrobniejszych tętniczkach sieci Malpighiego, nie tłumaczy jednak wcale, dla czego pewne okolice skóry mają pod tym względem pierwszeństwo.

Naturalne osłabienie przyrzutu ospy spływającéj zachodzi w przypadkach ospy rozsianéj; to osłabienie jest jednak tylko pozorném, sprowadzoném tylko przez to, że chory który został dotknięty, był nieodpowiednim dla rozwoju cięższéj postaci ospy a przypadki ospy rozsianéj dają powód do powstania u innych osób ospy spływającéj. Sztuczne osłabienie przyrzutu ospowego następuje przez szczepienie tegoż na organizmy ludzkie i w ten sposób postępowano w Chinach według Eimera już przed 3000 lat. Inny rodzaj sztucznego osłabiania polega na szczepieniu ospy zwierzętom: koniom i bydłu, to jednak osłabienie nie zawsze bywa pewném. Z pewnością osłabia się w ten ostatni sposób ospakrowianka, która sprowadza gorączkę wznoszącą się w postaci jednostajnéj linii krzywéj bez gorączki wstępnéj i końcowéj czyli ropnéj. Powstanie krosty po zaszczepieniu nie jest koniecznem, aby nabyć ochrony. U osób przedstawiających mniéj korzystne warunki dla zaszczepienia pojawia się o tyle odmienny przebieg, że przyrzut pozostaje utajony aż do 30 dni.

Przyrzut osłabiony odświeża się przez przeszczepienie limfy humanizowanéj na bydło lub konia, w ostatnim razie zachodzi niebezpieczeństwo zaszczepienia nosacizny, dla tego tego sposobu należy zaniechać. Limfa tak otrzymana (za pośrednictwem bydła) jest t. zw. *retrovaccina*, pojawiająca się w handlu. Do szczepień zwykłych najodpowiedniejszą jest limfa z cieląt, przeszczepienie kiły jest w tym razie niemożliwém, a zaszczepienia gruźlicy nie należy się obawiać, jeżeli użyto cieląt młodych. W końcu poleca prelegent wobec tak wielkiego rozpowszechnienia krowianki, przy uniwersytetach i szkołach weterynaryi zbudowanie zakładów, mających służyć za wzorowe do uzyskiwania krowianki.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IX. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 25—31 maja umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 30,4. Z ospy umarło 5 (5 z. t.); z płonicy 3 (0 z. t.): z błonicy 0 (1 z. t.); z duru osutkowego 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 2 przypadkach ospy. W tygodniu od 18 24 maja umarło z ospy w Londynie 17, świeżo zapadło 248, leczyło się w szpitalach 976. W Wiedniu, Liwerpolu, Murcyi umarło po 2, w Petersburgu i Brukseli po 4, w Bombayu (od 23—29 kwietnia) 12, w Pradze 18, w Nowym Orleanie 21, w Madrasie (od 15—21 marca) 383. Z duru osutkowego umarło w Londynie i Murcyi po 1, w Maladze 2, w Petersburgu 3. Odra złagodniała w Roterdamie, Londynie i Petersburgu również i krztusiec mniéj zabiera ofiar w Londynie. Z cholery umarło w Madrasie od 15—21 marca 5.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 18—24 maja umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców w Krakowie 28,9; w Warszawie 25,1; w Poznaniu 27,1; w Wiedniu 33.6; w Pradze 39,0; w Tryjeście 26,0; w Berlinie 25,3; w Hamburgu 25,7; we Wrocławiu 34,6; w Gdańsku 23,1; w Mnichowie 33,4; w Dreźnie 28,4; w Lipsku 32,2; w Genewie 24,3; w Brukseli 24,6; w Amsterdamie 24,0; w Hadze 24,1; w Paryżu 25,5; w Londynie 18,5; w Kopenhadze 25,5; w Stokholmie 25,2; w Chrystyjanii 11,7; w Petersburgu 36,7; w Odesie 31,6; w Wenecyi 22,3; w Bukareszcie 27,3; w Lizbonie 21,4; w Aleksandryi 29,2; w Nowym Jorku 24,9; w Filadelfii 20,5; w Bombayu 28,5; w Madrasie 89,1. *J. B.*

Śmiertelnosć we Lwowie (liczącym 115.544 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). Od 25—30 maja r. b. zmarło 84 osób, co odpowiada śmiertelności na rok i 1000 mieszkańców 37·8. W tym czasie zmarło z dyfteryi 2 osób, z dławca 1, z duru brzusznego 2.

X. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 12 czerwca. Prof. Rydel wybrany został jednogłośnie rektorem Uniwersytetu Jagiellońskiego na przyszły rok szkolny.

* Z prawdziwą przyjemnością donosimy, że według zapewnienia koll. Rosnera, Mikulicza i Pareńskiego, protomedyk Biesiadecki ma się znacznie lepiéj i że w ogóle stan jego nie budzi obawy.

* **Posiedzenie Wydziału gospodarczego** IV Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich odbyło się w Poznaniu dnia 8 b. m. dla załatwienia spraw przekazanych mu przez Zjazd. Na posiedzeniu tém, w którém brał udział także prof. Dr. Szokalski, uchwalono stósownie do zlecenia Zjazdu zająć się sporządzeniem pamiątkowéj tablicy dla braci Śniadeckich. Tablica ta ma być wmurowaną w katedrze gnieźnieńskiéj. Celem zebrania odpowiednich funduszów na rzeczoną tablicę postanowiono wydać odezwę, ogłosić ją w pismach publicznych a nadto rozesłać do niektórych osób w Warszawie, Krakowie i Lwowie, które się zajmą przyjmowaniem na ten cel datków. Daléj stosownie do upoważnienia Zjazdu wybrano na przewodniczącego Wydziału gospodarczego przyszłego V Zjazdu lekarzy i przyrodników, który ma się odbyć we Lwowie, pana Dra Czyżewicza, a na sekretarza Dra Józefa Żulińskiego, obydwóch ze Lwowa.

Wniosek prof. Dra Blumenstoka, domagający się, aby wolno było tylko ustnie wygłaszać odczyt na plenarném posiedzeniu, nie uzyskał większości głosów Wydziału gospodarczego. Wniosek zaś Dra Rostafińskiego, określający warunki i zastrzeżenia, pod jakiemi zgłoszenia z odczytami, wykładami i referatami następować mogą, przekazano do rozwagi V Zjazdowi lekarzy i przyrodników polskich.

Uchwalono daléj zebrać wszystkie uchwały poprzednich Zjazdów, tyczące się porządku obrad i regulaminu a następnie po zebraniu ich przedstawić odpowiednie wnioski przyszłemu Zjazdowi. Uchwalono nadto, aby sekcyja przyrodnicza Wydziału gospodarczego porozumiała się z poznańskiem Towarzystwem Przyjaciół nauk w sprawie zakładania stacyj meteorologicznych. Inne sprawy załatwione będą na przyszłych posiedzeniach Wydziału gospodarczego, które niebawem się odbędą. (*Gaz. Krak.*).

Ostatni Nr. Dziennika Zjazdu według doniesienia, otrzymanego od kol. Wicherkiewicza, ukaże się dopiero za tydzień.

* Zaledwie Encyklopedyja Eulenburga nakładem Urbana i Schwarzenberga wychodząca w roku przeszłym ukończoną została, a już otrzymaliśmy zapowiedź wydania 2go, którego druk rozpocznie się już w jesieni rb. W wydaniu 2ém znacznie pomnożoném nierównie więcéj aniżeli w 1ém uwzględnionemi będą: anatomija topograficzna, histologija i chemija fizyjologiczna oraz fizyjologija. Dzieło całe ukończoném będzie do 1go kwietnia 1888 r. a już teraz wydawca rozsyła współpracownikom artykuły z 1go wydania do przejrzenia i uzupełnienia.

* Dr. Ludwik Loewe, kierujący polikliniką berlińską, donosi nam, że w poliklinice berlińskiéj utworzono posady asystentów dla każdego przedmiotu specyjalnego, posada taka nadawaną będzie tylko na 3 miesiące, i ażeby poliklinikę uczynić zakładem międzynarodowym dla lekarzy wszelkich narodowości, posady asystentów udzielane będą także lekarzom polskim, a to w celu, aby kursy specyjalne odbywać się mogły i w języku polskim. Jesteśmy proszeni, aby na urządzenie to zwrócić uwagę kolegów.

* Otrzymaliśmy program 8go Zjazdu międzynarodowego, odbyć się mającego w r. b. w Kopenhadze od 10 do 16 sierpnia. Językami wykładowemi są: francuski, niemiecki i angielski. Na posiedzeniach ogólnych wykładać będą: Virchow, Pasteur, baron Gull, Tomasi-Crudeli, Verneuil i Panum. Sekcyj będzie 14, a wykładać będą pomiędzy innymi: 1) w sekcyi anatomicznéj: Ebner, Bizzozero, Ranvier, Retzius, His, Braune, Kölliker, Meyer, Sutton; 2) w sekcyi fizyjologicznéj: Hammersten, Norris, Hayem, Dogiel, Worm-Müller, Malassez, Kronecker, Munk, Mosso, Marey, Burdon Sanderson, Hensen, Panum; 3) w sekcyi anatomii ogólnéj i patolog. Grancher, Chauveau, Weigert, Koch, Cornil, Friedländer, Hannover; 4) w sekcyi lekarskiéj: Liebermeister, Lépine, Rosenstein, Ewald, Leube, Jürgensen, Landouzy, Lewin; 5) w sekcyi chirurgicznéj: Lister, Mosetig, Schede, Paul Bert, Esmarch, Gussenbauer, Hahn, Ferrier, Verneuil, Guyon; 6) w sekcyi ginekologicznéj: Mikulicz, Koeberlé, Menière, Hegar, Schröder, Simpson, Halbertsma, Stadtfeldt, Zweifel; 7) w oftalmologicznéj: Samelson, Holmgren, Graefe, Schmidt, Meyer, Wecker, Sattler, Raehlmann, Gałęzowski, Mooren, Dobrowolski; 8) w pedyjatrycznéj: Rauchfuss, Baginsky; 9) w dermatologicznéj: Fournier, Köbner, Liebreich, Schwimmer, Kaposi, Unna; 10) w nerwologicznéj: Eulenburg, Charcot, Adamkiewicz; 11) w laryngologicznéj: Semon, Schnitzler, Mackenzie; 12) w otologicznéj: Lucae, Voltolini Schwartze, Wreden; 13) w higijenicznéj: Brouardel, Jäderholm; 14) w wojskowo lekarskiéj: M. Cormac, Neudörfer.

* **Rosyja.** W *Petersb. Med. Woch.* czytamy, że w Moskwie felczerowie mają rozległą praktykę, a dwaj z nich Nikiforow i Kudryjawcow zebrali znaczny majątek. Temi dniami zachorowała tamże milijonowa pani Smirnowa i z pośród wielkiéj liczby lekarzy wybrała sobie jako ordynaryjusza felczera Nikiforowa; gdy choroba stała się groźną, felczer uznał za potrzebne *consilium* i wezwał „profesora“, a tym był weterynarz Bokow.

* **Ruch kąpielowy.** W Cieplicach czeskich do d. 4 bm. było gości 1526, w Luhaczowicach do d. 27 maja gości 107, w Giesshüblu 70, w Gainfarn 301.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin.** Docenci prywatni Zülzer i Tobold mianowani zostali proff. nadzw. — Dr. Baginsky habilitował się jako docent chorób skórnych a Dr. Virchow młodszy jako docent anatomii. — **Petersburg.** Dr. S. Popow habilitował się jako docent farmakologii. — **Praga.** Wydział lek. niemiecki na opróżnioną po ustąpieniu Hasnera katedrę okulistyki przedstawił trzech kandydatów w następującéj kolei: Beckera, Fuchsa i Sattlera, wszystkich trzech uczniów Arlta. — W Wydziale lek. czeskim katedrę medycyny sądowéj objął zastępczo lekarz powiatowy Dr. Reinsberg.

* **Wiadomości osobowe.** Drowie Adam Sołowij i Józef Peters mianowani zostali lekarzami asystentami, pierwszy w szpitalu garnizonowym wiedeńskim, a ostatni w krakowskim.

* **Nekrologija.** Dowiadujemy się dopiero teraz, że przed kilku tygodniami umarł z duru Dr. Leon Świderski, praktykujący w Barcinie w W. X. Poznańskiém, liczący zaledwie lat 27, lekarz piękne rokujący nadzieje, syn znanego zaszczytnie radzcy zdrowia Dr. Sw. w Poznaniu. Piękną rozprawę nieboszczyka oceniliśmy w swoim czasie w Przegl. Lek. Cześć jego pamięci!

Eugeni Pelikan, o którego śmierci niedawno donieśliśmy, był synem Wacława; odbywszy nauki lekarskie w Moskwie otrzymał w r. 1847 dyplom doktorski. Niedługo potém mianowany został profesorem ginekologii i pedyjatryi w Akademii petersburskiéj, którąto katedrę wkrótce zamienił na katedrę medycyny sądowéj i higijeny i zasłynął jako pierwszorzędna znakomitość w Rosyi. Ogłosił on toksykologiję według dzieła Dra Rabuteau, znakomite dzieło o skopcach, a dawniéj jeszcze w języku niemieckim dziełko p. t. *Beiträge zur gerichtl. Medicin, Toxikologie u. Pharmakodynamik.* Augsburg, 1858; nadto był redaktorem, założycielem i współpracownikiem licznych czasopism rosyjskich. W r. 1858 mianowany został zastępcą dyrektora, a wkrótce potém dyrektorem departamentu lekarskiego, członkiem a późniéj prezesem Rady lekarskiéj, jako taki brał udział w rozmaitych kongresach i komisyjach zdrowotnych międzynarodowych i objeżdżał w charakterze urzędowym całe państwo, które mu zawdzięcza liczne reformy sanitarne.

Zmarły chemik paryski Wurtz urodził się w Strasburgu, tamże zaczął kształcić się w chemii, późniéj pracował w Heidelbergu i w Giessen pod kierunkiem Liebiga; w r. 1843 otrzymał dyplom doktorski i udał się do Paryża, gdzie w r. 1847 mianowany został profesorem w zakładzie rolniczym, a późniéj objął w szkole lekarskiéj katedrę Dumasa, a w r. 1853 katedrę Orfili. Od r. 1865—1875 był dyrektorem szkoły lekarskiéj, późniéj jéj prezydentem honorowym. W r. 1867 wybrany został członkiem Akademii, był senatorem dożywotnim i zaszczycony został wielkim krzyżem legii honorowéj.

Piśmiennictwo lekarskie: Docent E. Kisch: Grundriss der klinischen Balneotherapie. Urban u. Schwarzenberg 1883, str. 512.

Jakkolwiek literatura niemiecka lekarska wcale nie jest ubogą w dzieła treści balneologicznéj, to przecież część ich znaczna nie przedstawia takiéj wartości, aby mogła stanowić niezbędną cząstkę składową podręcznego księgozbioru lekarza praktycznego. Te zaś obszerne dzieła balneologii, które wyczerpują przedmiot gruntownie, przedstawiając go krytycznie na zasadach ścisłéj umiejętności, są zbyt obszerne, a obok tego często pomijają część techniczną i metodyczną balneologii, tak że również nie są odpowiedniemi do użytku lekarza praktykującego. Brak ten w literaturze zdaje się w znacznéj części wypełniać dzieło

Kischa. Rozdział pierwszy tego dzieła przechodzi pokrótce historyję rozwoju balneologii. Na końcu umieszczoną jest literatura obejmująca zestawienie najważniejszych dzieł z zakresu balneoterapii, klimato- i hydroterapii. W następnym rozdziale autor podaje schematycznie wskazówki, jakich się trzymać należy przy chemiczném badaniu wód. Tutaj opisuje autor sposób przez siebie podany jakościowego badania składników wód mineralnych za pomocą drobnowidu. Sposób ten może dać szczególniéj lekarzowi wskazówkę, do jakiéj grupy wód należy zaliczyć badaną wodę. W trzecim rozdziale, bardzo dobrze opracowanym, autor opisuje i rysunkami objaśnia różne metody stósowania wód mineralnych. Nieco za obszernie zastanawia się tutaj autor nad stósowaniem podskórném tych wód. Sposób ten opisał pierwszy Kisch. Zdaniem naszém metoda ta jest nadto homeopatyczną. Nawet takie wody, które arsen zawierają (np. Roncegno, w 1000 grm. wody zawierająca 6 miligramów As_2O_3) stósowane podskórnie w objętości strzykawki Pravaza, nic więcéj sprawić nie mogą, jak tylko miejscowe zadrażnienie w miejscu zastrzyknięcia. W czwartym rozdziale dzieła swego autor przechodzi pojedyncze grupy wód mineralnych i rozbiera je pod względem farmakodynamicznym. Bardzo dobrze obmyślane są tutaj dołączone tablice, przedstawiające graficznym sposobem porównawczo ilości najważniejszych składników. W piątym rozdziale zajmuje się autor sposobami, jakiemi należy źródło uchwycić, zaopatrzyć i zabezpieczyć od wpływów wewnętrznych; daléj opisuje różne metody napełniania butelek wodami mineralnemi i ich rozsełkę, wreszcie zajmuje się różnemi urządzeniami łazienek, wanien itd. Rozdział szósty i siódmy poświęcony jest najważniejszym rzeczom z zakresu hydro- i klimatoterapii. Rozdział ósmy zajmuje się częścią kliniczną balneologii i klimatologii. Ostatni rozdział wreszcie obejmuje alfabetycznie ułożony opis pojedyńczych zdrojowisk. Całość dzieła jest nader starannie opracowaną. Dobrze wykonane drzeworyty ułatwiają bardzo zrozumienie przedmiotu. Papier i druk jak we wszystkich dziełach, wydanych przez powyższą firmę, tak i tutaj nic więcéj do życzenia nie pozostawia. *Dr. Kopff.*

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 23: Adamkiewicz: O nowym składniku włókien nerwowych (istota chromoleptyczna) i o dwubarwności tkanki rdzenia pacierzowego; — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 23: Fabiana: Hemoglobinemija i hemoglobinuryja; Święcickiego: O unerwieniu pojedynczych odcinków pochwy u królika.

Redakcyja otrzymała:

Prof. Dr. CZYRNIAŃSKI: Teoryja chemiczno fizyczna na podstawie przyciągania się i ruchu wirowego niedziałek. (Osobne odbicie z Rozpraw Akademii Umiejętn.) Kraków 1884, in 8vo str. 44.

Dr. W. JAWORSKI: Vergleichende Versuche über das Verhalten des Karlsbader u. Kissinger Wassers sowie des Karlsbader Quellsalzes im menschlichen Magen. Leipzig 1884. (Osobne odbicie z D. Archiv f. klin. Medicin XXXV) in 8vo str. 43.

Dr. RYDYGIER: Podręcznik chirurgii szczegółowéj. Z licznemi rycinami T. I zeszyt 1. Poznań 1884, 8vo str. 80.

Na fundusz wsparcia sierot po jednym z lekarzy prowincyjonalnych nadesłał Dr. Mazurkiewicz z Krosna 3 złr., Dr. Kossak z Jarosławia 2 złr. Razem z poprzednio wykazanemi 200 złr. 75 ct.

Z powodów ani od redakcyi, ani od sprawozdawcy kol. Kwaśnickiego niezależnych, początek sprawozdania ze Zjazdu poznańskiego w tym Numerze nie mógł być umieszczony. Przepraszając Szan. Czytelników za zawód, postaramy się o powetowanie go w Numerze przyszłym.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Do L. 318.

Ogłoszenie konkursu.

Rozpisuje się konkurs na posady:

Dwóch Sekundaryjuszów i trzech Asystentów przy tutejszym szpitalu na lat dwa, które przy zadawalającéj służbie mogą być przedłużone do lat czterech.

Do posady Sekundaryjusza przywiązana jest płaca 600 złr. rocznie, z dodatkiem mieszkania opalanego; do posady zaś Asystenta 500 złr. rocznie bez żadnego dodatku.

Ubiegający się kandydaci o te posady powinni wykazać:

1. Wiek, stan i miejsce urodzenia.
2. Dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.
3. Stopień Doktora medycyny lub wszech nauk lekarskich, uzyskany na jednéj z Wszechnic Państwa austryjackiego.

Podania wnosić można do dnia 30 Czerwca rb. na ręce Dyrekcyi szpitala tutejszego bezpośrednio, lub za pośrednictwem swéj władzy przełożonéj, jeżeli kandydat zostaje w służbie publicznéj.

Z Dyrekcyi krajowego szpitala powszechnego.

Lwów dnia 28 Maja 1884 r. *Dr. Głowacki.*

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:				
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 21 czerwca 1884. № 25. Rok XXIII.

I. Nowsze wskazania do uretrotomii zewnętrznéj.

(Wykład miany na IV Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu).
Podał prof. Dr. **A. Obaliński** w Krakowie.

Do niedawna jeszcze przecięcie cewki moczowéj od zewnątrz ograniczano do kilku wybitnych wskazań a przed innemi do zwężeń cewki moczowéj nieprzechodnich *(stricturae impermeabiles)*, daléj do przechodnich, w razie powikłania ich z ropniami, zaciekami lub przetokami moczowemi, następnie w przypadkach rozdarcia cewki moczowéj a w końcu w obec ciał obcych w cewce uwięzłych a w inny sposób usunąć się niedających.

Dopiero w ostatnich czasach wskazania do téj operacyi znacznie rozszerzono. I tak Thiersch radzi wykonywać ją przed uretroplastyką celem chwilowego odwrócenia moczu od pola operacyjnego a w ślad za amerykańskim chirurgiem W. Parkerem, który, w przypadkach bardzo znacznego podrażnienia szyi pęcherza moczowego, radzi wykonać nacięcie cewki moczowéj na międzykroczu *(sectio perinealis)* celem umożebnienia nacięcia szyi pęcherza w sposób praktykowany w cięciu boczném (*lithotomia lateralis*), poszli H. Thompson (*Brit. med. Journ.*, 1882, grud. 12, str. 1131), i Vincent (*Lyon méd.* Nr. 27, 1882). Pierwszy z nich radzi wykonać tylko nieznaczne nacięcie części błoniastéj cewki moczowéj (*boutonnière*) i przeprowadzić cewnik Nélatona, który pozostawić należy przez kilka dni, co ma wystarczyć do usunięcia bólów i nieznośnego parcia; drugi zaś wychodząc ze stanowiska, że bolesny skurcz pęcherza bierze początek od skurczu zdziergacza zadrażnionego owrzodzeniami, gruzełkami lub t. p. stanami, dodaje do rozcięcia cewki jeszcze nagłe rozszerzenie szyi pęcherza, czego dokonywa zazwyczaj rozszerzadłem Guyona.

W końcu wspomnieć należy o ostatniéj indykacyi do uretrotomii podanéj również przez H. Thompsona w celu dokładnego zbadania wnętrza pęcherza za pomocą bezpośredniego dotyku, mianowicie tam, gdzie ani z przypadów, ani z wypadku badania śledníkiem lub endoskopem nie można było na pewno rozpoznawać, a tém mniéj skutecznie działać. W ten sposób odkrył Thompson kilkakrotnie polipy pęcherza, które za jednym zachodem także i usunął. Pomijając kilkanaście przypadków uretrotomii zewnętrznéj, wykonanych w moim oddziale w ostatnich kilku latach z powodu nieprzechodniego zwężenia a zakończonych bardzo pomyślnym skutkiem, o czém tu wspominam tylko mimochodem, dla poparcia już niejednokrotnie wypowiedzianego zdania, że operacyja ta prawie nigdy nie pociąga za sobą złych następstw, że więc nie powinniśmy mieć obawy przed jéj wykonaniem tam, gdzie ona nie jest groźnemi przypadami absolutnie wskazaną, przystępuję do opisu szczegółowego dwóch przypadków przezemnie obserwowanych i operowanych, z których pierwszy posłuży jako jeden z nie bardzo jeszcze licznych dowodów, że powyżéj nadmienione nowsze wskazania w praktyce znajdują poparcie, drugi zaś do ustanowienia nowego wskazania, dotąd przez nikogo jeszcze nieuwzględnionego, a według mego przekonania nadzwyczaj doniosłego, o czém zresztą szanowni czytelnicy sami przekonać się i ocenić zechcą.

1. M. B., 45 lat liczący, przekupień z Nowego Sącza, opowiada, że już od lat czterech cierpi na przypady moczowe. — Przed rozpoczęciem się téj choroby oddawał mocz prawidłowo tak co do jakości jak i co do ilości i częstości. Odtąd zaczął oddawać mocz mętny coraz częściéj i to z bólami i parciem, co go zniewoliło nawet do udania się do specyjalistów wiedeńskich, których pomoc okazała się jednakże nie o wiele skuteczniejszą od leczenia lekarzy miejscowych. Gdy po tak wielu i długich usiłowaniach przypady nietylko że nie zmniejszały się, lecz owszem powiększały, postanowił pacyjent jeszcze raz udać się o poradę do Krakowa i w dniu 5ym lutego b. r. przybył do kolegi prof. Mikulicza, którego już poprzednio poznał był w Wiedniu. Po zawezwaniu mnie do wspólnéj narady znaleźliśmy stan następujący: U pacyjenta dobrze zbudowanego i miernie od-

żywionego, ze skórą bladą, ciepłotą ciała prawidłową, tętnem 80 na minutę, nieokazującego zboczeń w narządach oddechowym, krążenia i trawienia, uderza przedewszystkiém częste oddawanie moczu, którego cyfrę sam chory oznacza twierdząc, iż mniéj więcéj zmuszonym jest co ćwierć godziny mocz oddawać, (a którąto cyfrę późniéj przez dokładne obliczenie z kilku dni obniżyć należało do 40 razy na dobę, z czego około dwóch trzecich przypadło na dzień, a jedna trzecia na noc). Ból w końcu prącia i parcie rozpoczynają się przed samym aktem moczenia, trwają, chociaż w niższym stopniu, podczas tegoż aż do końca i są przy zachowywaniu się spokojném miernego stopnia, zwiększają się jednak skutkiem ruchów, jazdy itp. Grubość prądu niezmieniona, tylko projekcyja jego prawie żadna. Ilość moczu na raz oddanego wynosi dwie do trzech łyżek, w ciągu zaś 24 godzin 1600—1800 sz. cm. Jednorazowa porcyja, oddana do dwóch naczyń, wykazuje po odstaniu się, że obydwie połowy mają osad, lecz pierwsza nieco znaczniejszy. Z rozbioru chemicznego, dokonanego w pracowni prof. Stopczańskiego, wyszczególniam: oddziaływanie alkaliczne (świeżo puszczony jest obojętnym); c. g. = 0,014. Białka nie więcéj niż ciałkom ropy odpowiada; kryształki fosforanu amonomagnowego; zwiększoną ilość śluzu. Na podstawie powyższych przypadów rozpoznaliśmy przewłoczne zapalenie pęcherza moczowego, które przeważnie zajmuje szyję pęcherza a jako główną przyczynę jego podejrzywaliśmy gruźlicę pierwotną tegoż.

Jakkolwiek więc z góry wykluczyliśmy obecność ciała obcego, a mianowicie kamienia w pęcherzu, mimo to postanowiliśmy dla tém większéj pewności wprowadzić ślednik metalowy, celem bezpośredniego wybadania wnętrza pęcherza. Nie tylko samo wprowadzenie tegoż było bolesném, ale témbardziéj dotykanie ścian, a ból po wyjęciu narzędzia trwał jeszcze z półtory godziny i to w tak wysokim stopniu, iż chory prawie omdlewał z bólu.

Widząc to, tém bardziéj nabrałem przekonania, że choroba w tym przypadku będąc usadowioną i w szyi pęcherza sprowadza owe bolesne skurcze zdziergacza, które nie dozwalają zastosowania miejscowego leczenia pęcherza i które jedynie po nacięciu lub rozciągnięciu zdziergacza ustać mogą.

Zaproponowałem zatém przedsięwzięcie uretrotomii w myśl poprzednio wymienionych autorów, a gdy i kol. Mikulicz tak samo na to się zapatrywał a chory z góry na wszystko się zgadzał, byle jakiéj ulgi doznać w swém cierpieniu, przyjąłem go w dniu 6ym lutego b. r. do oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza.

Po tygodniowéj obserwacyi, w którymto czasie skonstatowano powyżéj już wymienione przypady jakoteż i nadto, że ani w moczu ani w jego osadzie nie ma prątków gruźliczych, przystąpiłem do uretrotomii zewnętrznéj, która w szczegółach swych nie różniła się od każdéj innéj z innego powodu przedsięwziętéj. Po rozcięciu cewki w części jéj błoniastéj wprowadziłem palec do szyi pęcherza, którą znalazłszy mocno zwartą rozciąłem ku tyłowi długim a wąskim nożem gałkowatym do litotomii używanym. Mocz puścił się zaraz strumieniem przez ranę a palec teraz z łatwością wprowadzony do pęcherza mógł dokładnie zbadać jego wnętrze, przyczém tak ja, jak i obecny przy operacyi kol. Mikulicz przekonaliśmy się, że w pęcherzu nie ma kamienia ani żadnéj innéj zmiany oprócz zgrubienia i nierówności ścian.

Po podwiązaniu dwóch broczących tętniczek wprowadziłem gruby dren do pęcherza, do około niego wytamponowałem ranę gazą sublimatową i opatrzyłem za pomocą trzech chustek, do których i dren przymocowałem.

Operacyja wykonaną była w bardzo głębokiéj narkozie, gdyż w lżejszéj nie można było operować z powodu oporu chorego. To téż po ustaniu narkozy wystąpiły zaraz silne bóle w pęcherzu, które nas zmusiły do zastrzyknięcia morfinu pod skórę.

Aby czytelnika nie znużyć drobnemi szczegółami podam dalszy przebieg choroby w skróceniu. Gruby dren zatkał się w kilka godzin po operacyi skrzepami, dlatego wyjęto go celem oczyszczenia i napowrót włożono. Mimo to odpływał początkowo mocz tamtędy bardzo trudno i ciągle z krwią zmięszany, gdy jednak znacznie się oczyścił i swobodniéj zaczął odpływać, wprowadzono cewnik elast. (ang. 10) przez cewkę, który połączono za pomocą drenu z naczyniem pod łóżkiem stojącém, jak to zazwyczaj po uretrotomii zwykłém czynić, gdyż to ułatwia jednostajny odpływ moczu i chroni pościel i chorego od zanieczyszczenia.—Teraz dopiero oświadczył chory, że doznaje prawdziwéj ulgi, bo mocz odpływa sobie swobodnie i nie doznaje owego częstego parcia, które mu sen odbierało. Gdy jednak mocz okazywał ciągle osad dosyć znaczny śluzowo-ropiasty, gdy świeżo puszczony był obojętnym a w krótkim czasie po oddaniu alkalicznym, dodano do przestrzykiwań pęcherza dwa razy dziennie za pomocą 1% rozczynu kw. borowego dokonywanych, jeszcze 0,50 gm. dziennie tego leku wewnętrznie, poczém wkrótce mocz stał się lekkó kwaśnym. Rana tymczasem goiła się dobrze pod opatrunkiem sublimatowym. Po dwóch tygodniach usunąłem stale umieszczony cewnik, który odtąd wprowadzano 1—2 razy dziennie i to przeważnie w celu przemywania pęcherza, gdyż zaraz po wyjęciu stale umieszczonego cewnika zaczął chory mocz oddawać dobrowolnie i to z początku po 20 razy, późniéj po 16—18 razy na dobę i to ze znacznie mniejszém parciem i bólem. Stósowanie cewnika i przemywań nie sprawiało teraz żadnych trudności, gdy przedtém było prawie niepodobieństwem myśleć o takiém leczeniu. Rana zagoiła się zupełnie a po 2-miesięcznym pobycie w szpitalu wyszedł pacyjent jakkolwiek nie zupełnie wyleczony, jednak, według jego własnego zeznania, ze znaczném polepszeniem.

Z przypadku niniejszego odniosłem to wrażenie, że rzeczywiście skurcz zdziergacza staje się przyczyną owych nieznośnych bólów towarzyszących moczeniu i owego częstego parcia na mocz i że przecięcie zdziergacza znosząc bóle umożebnia miejscowe leczenie nieżytu pęcherza, koniecznie w takich razach wskazane.

Zdaje mi się jednak, że do tego nie potrzeba koniecznie przecięcia zdziergacza, że bowiem wystarczyć może rozciągnięcie jego, jak to podał Viment (l. c.), a czego analogiję bardzo wybitną znachodzimy w leczeniu szczelin rzyci (*fissura ani*). Zachodzi jeszcze tylko pytanie, czy to koniecznie ma się odbywać po dokonanéj uretrotomii, czyby nie wystarczyło to samo wykonać za pomocą stósownych narzędzi przez nienaruszoną cewkę moczową wprowadzonych, jak to już w wiekach średnich proponował Marianus Sanctus, podając nawet ku temu celowi narzędzie z mechanizmem podobnym do nożyczek. Myśl tę podjęli w ostatnich czasach znowu Mercier i Tillaux (1874), z których każdy podał wcale zmyślny rozszerzacz szyjki pęcherzowéj (*dilatateur du col*). (Dok. nast.)

II. Z kliniki okulistycznéj prof. Dra Rydla.

Sprawozdanie statystyczne z ruchu chorych kliniki okulistycznéj Uniw. Jagiell. za lata 1877—1882, i z wykonanych w tym czasie operacyj.

Podał Dr. E. Machek,
docent w Uniw. Jagiell. i b. asystent kliniki okul.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 24).

Wykaz IV.
Operacyje.

	w r. 1877	1878	1879	1880	1881	1882
I. Ilość operacyj wykonanych na soczewce	73	86	95	81	79	85
Wydobycie soczewki z oka (*Extractio*)	69	76	85	76	68	79
Wydobycie linijowe proste	—	4	6	1	1	3
Wydobycie obwodowe linijowe Graefego	68	68	78	75	65	72
Wydobycie płatowe (Beera)	—	2	1	—	2	—
Wydobycie zaćmy urazowéj	1	1	—	—	—	3
„ „ sposobem Wenzla	—	1	—	—	—	1
Przecięcie torebki soczewkowéj (Discissio)	4	10	10	5	11	6
II. Ilość operacyj wykonanych na tęczówce	44	78	57	75	86	76
Iridectomia z powodu jaskry	9	25	22	22	35	24
Iridectomia z innych przyczyn	32	51	32	50	45	44
Odcięcie tęczówki odpadniętéj	3	2	2	1	4	5
Wydobycie ciała obcego leżącego w tęczówce lub na niéj	—	—	1	—	1	2
Iridotomia	—	—	—	2	1	1
III. Ilość operacyj wykonanych na rogówce	3	8	11	4	6	10
Rozpłatanie rogówki sposobem Saemischa	3	2	4	3	1	—
Przekłócie rogówki celem przysp. wessania resztek zaćmy	—	1	—	—	—	3
„ „ celem wypuszczenia krwi lub ropy	—	—	—	—	1	1
Operacyja garbiaka (*staphyloma*)	—	4	3	—	—	4
Tatuowanie blizn u osób	—	—	2	—	3	2
Wydobycie ciała obcego z komórki przodkowéj	—	1	2	1	1	—
IV. Operacyje na powiekach	3	6	16	11	16	5
V. „ „ spojówce	—	3	1	—	7	3
VI. „ „ mięśniach	5	1	11	5	3	6
VII. „ dotyczące narządu odprowadzającego łzy	29	25	32	36	34	35
VIII. Wyłuszczenie gałki ocznéj	2	5	8	8	7	3
IX. Operacyje na twardówce (*Punctio sclerae, corp. alien.*)	—	2	3	2	1	2
Razem wykonano operacyj większych	159	214	234	221	239	225

W sześciu latach, z których sprawę zdajemy, wykonano więc 1.292 operacyj, a mianowicie na chorych przyjętych do kliniki stałej 1.080, resztę zaś 212 w klinice ruchoméj. W téjże wykonano prawie wszystkie operacyje dotyczące przyrządu odprowadzającego łzy, kilka operacyj na mięśniach, spojówce, powiekach, dwa przypadki tatuowania blizn, a w jednym przypadku wyjęto ciało obce, które się wbiło głęboko w twardówkę w okolicy ciałka rzęskowego. Zaliczyłem te operacyje do większych idąc za przykładem innych okulistów, w odróżnieniu od pomniejszych, które nie są objęte powyższym wykazem, a które wykonywa się najczęściéj w klinice ruchoméj, jak wyjęcie ciał obcych z rogówki i z przewódek łzowych (*canaliculi lacrymales*), wyłuszczenie kaszaków, przecięcie woreczka łzowego, jęczmion, gradowin i ropni, wyrywanie rzęs itp. a nawet operacyje nitkowe, uskuteczniane sposobem Snellena i Gayliarda, które szczególnie w ostatnich trzech latach z dobrym skutkiem dość często w klinice ruchoméj wykonywałem.

Na 1.097 chorych, leczonych w przeciągu lat sześciu w klinice stałéj, przypada 1.080 operacyj większych. Wykonano więc prawie tyle operacyj, ile chorych do kliniki przyjęto. Nie znam zakładu, w którymby stosunkowo wykonywano tak wielką ilość operacyj jak w klinice krakowskiéj. Pochodzi to, jak już wspomniałem, ztąd, że do kliniki naszéj przyjmuje się z powodu szczupłości miejsca tylko przypadki ciężkie, przedewszystkiém takie, w których zachodzi potrzeba operacyi. Operacyję bowiem można tylko w klinice wykonać, inne zaś leczenie, chociaż dość często nie bez szkody dla chorych, przeprowadza się w domu lub w innych oddziałach szpitali krakowskich. I ta okoliczność przemawia wymownie za potrzebą rozszerzenia kliniki okulistycznéj.

Wspomniećby wreszcie należało, z jakim skutkiem wykonywano operacyje. Co do wyników operacyi zaćmy, o których w innéj części sprawozdania mówić będziemy, wspomnę tylko, że na 308 operacyj zaćmy samorodnéj, niepowikłanéj, osiągnięto wynik zupełnie pomyślny w 288 przypadkach, co stanowi 93·5%, w 9 przypadkach (2·92%) odzyskali chorzy wzrok, który ich uzdalniał do czytania dużych druków i wykonywania grubszych robót, niepomyślny zaś był wynik w 11 przypadkach, co czyni 3·57%. Operacyje te wykonano w czasie od 1 stycznia 1878 roku do końca grudnia 1882 roku, a więc w przeciągu lat pięciu. Operacyje zaćmy wykonane w r. 1877 objęte są sprawozdaniem, które ogłosił prof. Rydel w r. 1878 w Przeglądzie Lekarskim.

Odsetka strat 3·57 jest bardzo pomyślną. Dla porównania przytoczę % strat innych zakładów i operatorów, którzy w tym samym czasie operowali, a więc tak samo jak i my korzystać mogli ze wskazówek postępu nauki i odnoszących się szczególnie do postępowania przeciwgnilnego. Daty

czerpiemy z ostatniego rocznika Nagla (1882). Steffan w Frankfurcie stracił 8%, Hippel w Giessen 4·1%, prof. Hasner w Pradze 6·36%, Berger w Monachijum 3·8, Derby w Bostonie 5·8%, Millingen w Stambule 5·5, Dietz w Norymberdze 8·7%, a jeden z operatorów stracił aż 12·5%. Jeżeli wyłączymy nader pomyślne wyniki Hornera, to reszta 18 operatorów, którzy w tym roczniku ogłosili statystykę operacyj zaćmy, a wykonali razem 921 operacyj, poniosła utratę 3·91%. Wyniki operacyjne wielu operatorów są zatém znacznie mniéj pomyślne, niż te, któremi się klinika okulistyczna krakowska poszczycić może.

Na tęczówce wykonano 416 operacyj, a pomiędzy temi 391 irydektomij. Siedmnaście razy wycięto wydęte blizny, które powstały skutkiem opadnięcia końców tęczówki w rankę po operacyi zaćmy, wykonanéj sposobem Graefego, albo po irydektomii; 4 razy wykonano irydotomiję, a wreszcie operowano 3 razy celem wydobycia ciała obcego, które przebiwszy rogówkę wbiło się w tęczówkę, raz zaś celem wydobycia ciała obcego leżącego na tęczówce. Z 391 iridektomij wykonano 137 z powodu jaskry samoistnéj, bądź prostéj bądź zapalnéj, a 254 razy z powodu innych wskazań.

Niełatwą jest rzeczą wykazać, jakie były wyniki wykonanych irydektomij już z tego powodu, że chorzy opuszczają klinikę najczęściéj w stanie, który się późniéj po opuszczeniu kliniki, jak to często potwierdzają spostrzeżenia, znacznie jeszcze poprawia. Jeżeli już w przedstawieniu wypadków co do wzroku po operacyi zaćmy schyłkowéj niepowikłanéj napotyka się na trudności, jak obszerniéj o tém mówić będziemy w części o zaćmie, o ileż trudniéj zestawić wyniki operacyjne po irydektomii, jeżeli zważymy, że niemal w każdym przypadku spodziewamy się po téj operacyi czego innego. Poprawa bystrości wzroku zależna tutaj nie tylko od wykonania operacyi, tak jak w przypadkach zaćmy niepowikłanéj, lecz od wielu innych jeszcze okoliczności, jak od trwania choroby i zmian, które powstały skutkiem jaskry lub spraw zapalnych w naczyniówce lub tęczówce, a więc od złogów, wypocin i barwika w obrębie zaćmy, od ilości przyczepin tylnych, od blizn rogówkowych i ich położenia, od zmiany krzywizny rogówkowéj itd. Z tego już wynika, jak trudno w zestawieniu schematyczném wykazać, jakie były wyniki operacyjne.

Następujące jednakże daty dadzą chociaż przybliżone wyobrażenie o wynikach operacyjnych. (Dok. nast.)

III. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

O stosowaniu leczniczém nowéj soli karlsbadzkiéj i zachowaniu się téjże w przewodzie pokarmowym.

Podał na podstawie doświadczeń klinicznych
Dr. W. Jaworski,
Docent Uniwersytetu Jagiell.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 23).

III. Badania wpływu soli karlsb. na żołądek ludzki.

W drugim szeregu doświadczeń badałem ściśle i szczegółowo wpływ soli karlsbadzkiéj na żołądek wykonywując 78 doświadczeń na 16 indywiduach w następujący sposób: Doświadczeniami próbnemi rozpoznano stosunki żołądka czczego, następnie zachowanie się tegoż pod wpływem wody lodowéj (Nowy przyczynek do sposobów badania żołądka Przegl. Lek. Nr. 16 r. b.), jakotéż saméj wody przekroplonéj wprowadzonéj do żołądka w takiéj ilości i przy takiéj ciepłocie i na tak długi czas, w jakim miał być użyty rozczyn soli karlsbadzkiéj, w celu poznania różnicy działania saméj wody przekroplonéj, a rozczynu soli. Następnie podawano rano na czczo do wypicia lub wlewano przez sondę różne ilości: 5, 10, 15 gm. soli karlsbadzkiéj rozpuszczonéj w odmierzonéj ilości wody przekroplonéj lub sodowéj, zwykle w 250 cm. sz. o znanéj ciepłocie; poczém badany siedział spokojnie przez ½—2 godz. Następnie aspirowano za pomocą mego aspiratora żołądkowego po wlaniu 100 cm. sz. wody przekroplonéj treść żołądka i odmierzono jéj ilość, a po przesączeniu oznaczono w niéj następujące składniki: kwaśność i kw. solny wolny lub téż alkaliczność i węglan sodowy, kw. siarkowy, chlorki, żółć i śluz; obok tego uwzględniano składniki morfotyczne treści żołądkowéj. Przytém obserwowano objawy podmiotowe i przedmiotowe występujące podczas doświadczeń.

Wykonanie szczegółowe pojedynczych oznaczeń było następujące:

Kwaśność oznaczono dziesiętnonormalnym ługiem sodowym; alkaliczność po zagotowaniu dziesiętnonormalnym kw. solnym; chlorki według Mohra dziesiętnonormalnym azotanem srebrowym i chromanem potasowym; siarkany chlorkiem barowym normalnym, rozróżniając następujące stopnie oddziaływania tegoż: ślad opalizacyi, opalizacyję, opalizacyję widoczną, słabe zmącenie, zmącenie, zmącenie mleczne, prawie osad, osad, znaczny osad; obecność barwików żółciowych, oprócz tego że wskazywała ją próba Gmelina, zdradzała się w treści alkalicznéj barwą żółtą a w treści kwaśnéj zielonkowato-żółtą; większą lub mniejszą ilość śluzu poznawano w przesączu po opalizacyi lub zmąceniu powstałém po dodaniu do niego kroplami kw. octowego.

Siłę trawiącą treści żołądkowéj oznaczano w ten sposób, że po 25 cm. sz. téjże nalewano do dwóch kubków; do jednego z nich tak zwanego kontrolnego dodano jeszcze kroplę kw. solnego zgęszczonego, a jeżeli rozczyn przedtém był alkaliczny, to go wprzód zobojętniano kw. solnym. Do obydwu kubków wpuszczono po krążku gotowanego białka kurzego ważącym 0·06 gm. a mającym we wszystkich doświadczeniach te same rozmiary i pozostawiono przy ciepłocie ciała w skrzyni do trawienia urządzonéj. Obserwowano czas, kiedy krążki znikają, a w otrzymanym rozczynie badano peptony ługiem potasowym i siarkanem miedziowym, a białko kw. octowym i żelasinkiem potasowym. Jeżeli krążek po 24 g. nie znikał a rozczyn nie dawał oddziaływania różowego na peptony, uważano go jako zupełnie nietrawiący.

Doświadczenia uskutecznione w powyżéj podany sposób obejmuje tablica II. [1]

W celu dalszego śledzenia, jakim zmianom podlega jeszcze sam rozczyn soli karlsb. w żołądku, a mianowicie, czy zostaje on tylko mechanicznie do jelit wydalony, czy równocześnie doznaje i wessania w żołądku ludzkim, przedsięwzięto również doświadczenia.

XVI. 78. E. S. l. 28. Żołądek przedmiotowo zboczeń nie przedstawia. Podano rano naczczo do wypicia 20 gm. dokładnie odważonéj soli karlsb. na 500 cm. sz. wody przekroplonéj przy 12° C. Po 38 min. spokojnego siedzenia zdołano aspirować 220 cm. sz. płynu gęstawego śluzowego, barwy blado winowo-żółtéj, oddziaływania mocno alkalicznego.

---

[1] Tablicę tę dołączymy późniéj.

Rozbiorem chemicznym przesączu oznaczono następujący skład odsetkowy treści żołądkowéj.

Dla chloru 104 cm. sz. dziesiętno-normalnego rozczynu azotanu srebrowego czyli 0·3681 gm. % chloru.

Dla kw. węglowego zawartego we węglanie sodowym obojętnym 117 cm. sz. dziesiętnonorm. kw. solnego czyli 0·2585 gm. % bezwodnika węglowego.

Dla bezwodnika siarkowego 0.71146 gm. % otrzymanego z 2·083 gm. siarkanu barowego.

Porównywając zgęszczenie odsetkowe powyższych składników w treści żołądkowéj ze zgęszczeniem zadanego rozczynu soli karlsb. według przytoczonego na wstępie rozbioru soli karlsb. wynika zestawienie:

	W treści żołądkowéj		W rozczynie zadanym		wykładnik
Dla chloru	0·3681	:	0·4062	=	0·906
Dla bezw. węglowego	0·2585	:	0·4004	=	0·645
Dla bezw. siarkowego	0·7146	:	1·0485	=	0·681

Stosunek więc zgęszczenia, jak wykazują wykładniki, w treści żołądkowéj się zmienił, co znaczy, że sole w różnym stosunku ze żołądka znikają. Najmniej zgęszczoną okazuje się treść żołądkowa co do węglanów, a najwięcej co do chlorków. Przyjmując zgęszczenie dla bezwodnika siarkowego jako jednostkę otrzymamy:

bezw. siarkowy		chlor.		bezw. węglowy.	
1	:	$\frac{0{\cdot}906}{0{\cdot}681}$	:	$\frac{0{\cdot}645}{0{\cdot}681}$	czyli
1	:	1·330	:	0·946	

Okazuje się więc, że najwięcéj stosunkowo znajduje się chlorków w żołądku, a najmniéj węglanów, co znaczy, że w najmniejszéj ilości zostały wessane w żołądku chlorki, a w największéj węglany. Ponieważ bezwodnik siarkowy w soli karlsbadzkiéj przypada na siarkan sodowy, chlor na sól kuchenną, a bezwodnik węglowy na węglan sodowy kwaśny, to otrzymany wynik zgadza się z wynikami doświadczeń, które licznie uskuteczniłem dwa lata temu nad zachowaniem się soli leczniczych w żołądku ludzkim (Przegl. Lek. z r. 1882 p. 520), gdyż szereg wessalności składników soli karlsb. przedstawia się w ten sposób, że w największéj ilości węglan sodowy kwaśny, następnie siarkan sodowy, a w najmniejszéj chlorek sodowy ulega wessaniu; co ze składem chemicznym stolców i moczu wydzielonego pod wpływem soli karlsb. stoi w zupełnéj zgodzie. Z tego téż powodu i dalszych doświadczeń w tym kierunku zaniechałem.

Zastanawiając się bliżéj nad wszystkiemi wyżéj przytoczonemi doświadczeniami przychodzi się do następujących wyników pod względem zachowania się soli karlsb. w żołądku.

1. Długość przebywania soli karlsb. w żołądku zależy od wysokości dawki i stanu chorobowego narządu. Jako miarę ocenienia obecności lub nieobecności soli w żołądku najstosowniej przyjąć obecność siarkanów w treści żołądkowéj.

Dla ocenienia ilości tychże przyjęto w niniejszych doświadczeniach następujące zachowanie się przesączu treści żołądkowéj do chlorku barowego: osad; znaczne, mierne zmącenie; znaczna, mierna, słaba opalizacyja; zaledwie dostrzegalny ślad. W ten sposób rzecz oceniając wypada na 15 badanych osób w dwóch przyp. I. 3, X. 54, w których trawienie podmiotowo nie przedstawiało żadnych dolegliwości ze strony żołądka, że po użyciu 5gmowéj dawki po 2 kwadransach już nie było śladów soli karlsb. w żołądku. W przypadku XII. 65, rozstrzeni żołądka bez objawów podmiotowych opuściła 5gmowa dawka żołądek w jednéj godzinie, w innych zaś przypadkach rozstrzeni zatrzymywała się dłużéj niż godzinę, a najwięcéj soli, jeszcze po godzinie, pozostawało w przyp. XIV. 74, XI. 62, XV. 76, gdzie nieżyt był z rozstrzenią żołądka połączony.

Wszystkie doświadczenia z dawkami 10gmowemi wykazują, że znaczna ilość soli jeszcze po godzinie się znajduje, dzieląc zaś dawki 10gmowe na dwie 5gmowe i podając je w odstępach półgodzinnych wypada z porównania dośw. VII. 22, 23, X. 74, 75, że podzielone dawki po tym samym czasie w mniejszéj ilości pozostają w żołądku, niż całkowite jednorazowe. Czas znikania dawki 10gmowéj przypada według dośw. I. 7, III. 18, 19, V. 29, IX. 5, XII. 66, między 4 do 6 kwadransami; w przypadku zaś nieżytu kwaśnego żołądka (IV. 25) pozostała sól dłużéj niż 2 godz. w żołądku, a w przypadku rozstrzeni z nieżytem połączonéj XV. 77, nawet przez całą noc. Ztąd należy przypuścić, że w prawidłowym żołądku dawka 5gmowa opuszcza tenże w przeciągu $\frac{1}{2}$—1 godz.; 10gmowa zaś potrzebuje w tym celu przynajmniéj $1\frac{1}{2}$ godziny. (C. d n.)

IV. Kazuistyka lekarska.

Pięć spostrzeżeń z warszawskiego szpitala dla dzieci wyzn. mojżeszowego małż. Bersohnów i Baumannów.

Opisał Dr. Ludwik Wolberg,
miejscowy lekarz szpitala.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 19).

Następujące dwa przypadki są przykładami czysto funkcyjonalnych nerwic u dzieci: u dziewczynki i chłopca. Szczególniéj u tego ostatniego choroba była silnie rozwiniętą i przedstawiała ciekawe i zatrważające nawet objawy. Że choroby nerwowe, a szczególniéj t. zw. funkcyjonalne (*Hysteria*, *Hypochondria*, *Neurasthenia*), często zdarzają się u ludzi dorosłych, to łatwo do zrozumienia. Śledzący historyję cywilizacyi ludzkości łatwo przyjdzie do przekonania, że obecne warunki życia bezustannie i nadmiernie silnie wpływają na umysł każdego człowieka. Fizyczne i moralne wpływy zarówno działają; tak samo głód jak i częste zmartwienia wpływają na tkanki nerwowe. Tak samo tyfus, jak i uczucie wstydu, obraza dumy, niespełnienie nadziei itp. mniéj lub więcéj silnie wyczerpują nerwy, a często powtarzając się sprowadzają pewien stan chorobowy, którego wprawdzie ani pod mikroskopem, ani w chemicznéj retorcie nie rozpoznamy, ale który niemniéj przedstawia objawy wyraźne i ciężkie dla chorego. Ciekawą jest nawet sprzeczność, jaka zachodzi między małemi (prawdopodobnie) zmianami w tkankach nerwowych, a nadzwyczajnemi, ogromnemi i różnorodnemi objawami téj choroby. Przyczyny moralne i psychiczne rzadkie są w wieku dziecięcym, a przynajmniéj rzadko tak silne i powtarzające się, aby one jedynie mogły sprowadzić ogólną nerwicę. Natomiast przyczynom fizycznym, które osłabiająco działają na układ nerwowy, podlegają już dzieci. Do takich przyczyn zaliczamy: dziedziczność po rodzicach lub krewnych, złe wychowanie, przeciążenie fizycznych sił dziecka, onanizm, długotrwałe choroby, wczesne przyzwyczajania do pobudzających napojów i potraw, a także naśladownictwo.

Oba poniżéj opisane przypadki występują u dzieci, 11 do 13 lat mających; podobnież inne przypadki nerwic u dzieci, opisywane przez innych autorów, zdarzały się téż najczęściéj nie u małych dzieci, lecz u tych, które stoją na granicy między prawdziwą dziecięcą niewinnością a zupełną młodocianą świadomością, czyli u tych dzieci, które choć same nie znają jeszcze rozkoszy spółkowania, wiedzą jednak o niéj, najczęściéj onanizują się lub przynajmniéj wiele o tém myślą.

3) Nerwica żołądkowa u dziecka histerycznego.

Jedenastoletnia dziewczynka G. E. przybyła wraz z matką swoją do ambulatoryjum szpitalnego, szukając porady na dolegliwości, trapiące ją od kilku miesięcy. Głównem siedliskiem tych cierpień był żołądek. Prawie ciągle czuła jakieś niedające się bliżéj określić ściskanie pod dołkiem. Często, gdy żołądek był czczym, doznawała silnych mdłości, po przyjęciu pokarmów mdłości niekiedy ustępowały, a zjawiało się ściskanie, niekiedy zaś przeciwnie mdłości pozostawały, lecz do wymiotów nie przychodziło. Oprócz tego uskarżała się na uczucie ciągłego sciskania w gardzielu. Nieraz zdaje jéj się, że się udusi. Uczucie to jest jednak czysto podmiotowém, gdyż wówczas nie ma ani sinicy, ani trudności w oddychaniu, a w gardzielu żadnych zmian nie znalazłem.

Dziewczynka ta choć szczupła i niskiego wzrostu robiła na pierwsze wejrzenie wrażenie osoby starszéj Cera twarzy blada, oczy błyszczące, spojrzenie niepewne, wymijające wzrok innych, ton mowy jakiś zniechęcony, jakby u przeżytéj znudzonéj damy, ironiczny uśmiech, jakaś nienaturalna, jakby udana, wstydliwość, uderzały od razu. Inteligencyja bardzo znaczna, dziewczynka chętnie i szczegółowo, choć ospałym głosem, opiewała swe cierpienia; umiała dobrze czytać i pisać (po polsku i po hebrajsku); zajmowała się w domu szyciem przez 8—9 godzin dziennie, skutkiem czego naturalnie bardzo mało używała świeżego powietrza i ruchu.

Budowa ciała dziewczynki umiarkowana, gruczoły piersiowe już poczynają się rozwijać, ale miesiączka jeszcze nie wystąpiła. Tony serca czyste i silne, w żyłach szyjnych w sercu nie słychać żadnych szmerów, ani w skutek wady organicznéj, ani anemicznych. Łącznice powiek, wargi i dziąsła różowo zabarwione. Język czerwony i wilgotny. W płucach nic nienormalnego, wątroba i śledziona niepowiększone. Brzuch umiarkowanie wzdęty, żadnéj bolesności przy dotykaniu, żadnego stwardnienia lub guzowatości. Wargi sromne większe przylegają do siebie; łechtaczka niepowiększona, wargi sromne mniejsze ciemno zabarwione odstają jedna od drugiéj. Otwór błony dziewiczéj cały i okrągły, przedsionek pochwy pokryty maślankowatą białą wydzieliną.

Oprócz wyżéj opisanych objawów chora uskarżała się jeszcze na częste bóle i zawroty głowy, szczególnie gdy się nachyla, a także rozmaite lekkie bóle, to w rękach, to w nogach, to w krzyżu, trwające nieraz kilka chwil, a niekiedy kilka godzin.

Dziewczynka pozostawała przez miesiąc w szpitalu. W początkach sądząc, że to zwykły nieżyt żołądka, zwalczałem go zwykłemi środkami: węglanem sodu, nalewką rzewnia, paloną magnezyją i dyjetą. Wkrótce jednak przekonałem się, że dziewczynka pomimo gastrycznych objawów ma doskonały apetyt, gdyż nietylko swoje pół porcyi zjadała, ale zabierała wszystkim innym dzieciom, co się dało, a także spożywała porządne porcyje mięsa, bułek, ciastek, przynoszone jéj przez rodziców i krewnych. Wypytując ją o ten objaw apetytu, dowiedziałem się, że powstał jednocześnie z innemi gastrycznemi objawami, i że po obfitém najedzeniu się pacyjentka przez czas jakiś lepiéj się czuje. Wypróżnienia mierne, prawidłowe, codzienne.

W szpitalu pacyjentka unikała towarzystwa innych dzieci, udawała dorosłą, chętnie przestawała z posługaczkami, z uczniami felczerskimi, albo téż zadumana patrzała przez okno.

Przypuszczając wówczas, że nadmierne zajmowanie się szyciem, niehigijeniczne warunki życia, zawcześnie rozbudzona fantazyja, a może i onanizm (podejrzywany na zasadzie zmian warg mniejszych i wypływu maślankowego, a także ogólnego zachowania się i wejrzenia choréj) wywołały ogólne histeryczne zmiany, począłem i owe gastryczne objawy uważać za czysto nerwowe; poleciłem obfitą dyjetę, chinin z makowcem, zimne wycierania całego ciała, i *experimenti causa* a także dla psychicznego działania, przypaliłem łechtaczkę kamieniem piekielnym *in substantia*. W kilka dni potém zapisałem jabłkan żelaza i bromek potasu, stosując ciągle obfitą dyjetę.

Po ośmiu dniach pacyjentka przestała uskarżać się na dławienie pod dołkiem, mdłości i inne nerwowe objawy, a pozostało tylko — uczucie ściskania w gardle, z którém opuściła szpital. Polecono jéj rodzicom koniecznie zmienić warunki wychowania dziecka, w przeciwnym bowiem razie nietylko te same objawy mogłyby powrócić, ale i groźniejsze się rozwinąć. (C. d. n.)

V. Oceny i sprawozdania.

Nowsze piśmiennictwo psychijatryczne i sądowolekarskie
ocenił prof. Dr. Blumenstok.

I.

Dra R. Pląskowskiego (docenta warszawskiego Uniw.): Psychijatryja. Zeszyt drugi. Część szczegółowa. Warszawa (wydanie redakcyi *Gaz. Lek.*), 1884, w 8ce m., str. IX, 689 i CXVIII).

W r. 1868 ukazał się zeszyt 1szy psychijatryi Pląskowskiego, obejmujący część ogólną nauki (stronnic 224); po latach 16tu wyszedł właśnie zeszyt 2gi, zawierający część szczegółową. Książkę znacznéj objętości, bo liczącą przeszło 800 stronnic, autor przez skromność nazywa zeszytem, a jednak „zeszyt" ten mieści w sobie wykład psychijatryi szczegółowéj tak obszerny, jakim w nowszych czasach zaledwie wielkie narody szczycić się mogą. Ze względu na stosunki nasze należy się więc z góry uznanie tak autorowi, jako i wydawnictwu, za to, że piśmiennictwo lekarskie polskie wzbogacili wyczerpującym wykładem gałęzi naukowéj, która u nas bardzo jeszcze leży odłogiem, a komu nie tajno, jakiéj pracy wymaga ułożenie podręcznika takiéj objętości, nie odmówi jego autorowi wielkiéj zasługi i złoży hołd jego wytrwałości i mrówczéj pracowitości, choćby nawet nie mógł zgodzić się na wszystko, co w książce się znajduje.

Przyznajemy wprawdzie otwarcie, żeśmy całego dzieła nie przeczytali jeszcze, ponieważ jak z jednéj strony krótkość czasu i rozliczne zajęcia stanęły nam na przeszkodzie, tak z drugiéj trudno wymagać, aby się czytało obszerne podręczniki jednym ciągiem; do książek takich zagląda się od czasu do czasu w miarę potrzeby; ale sądzę, że znający przedmiot i literaturę już po przeczytaniu kilku rozdziałów może wyrobić sobie sąd o wartości książki, a zdanie to radzibyśmy wypowiedzieć bez uprzedzenia.

Otóż zapowiadamy z góry, że dzieło Pląskowskiego, robi w ogóle wrażenie dobre; autor przedstawia się bowiem jako psychijatra praktyczny, dokładnie z przedmiotem obznajomiony, posiadający wielkie wykształcenie ogólne, bez którego zwłaszcza psychijatra obejść się nie może, sumiennie śledzący postęp nauki, literaturę znający dobrze, a co ważniejsza, mający rozległe, własne doświadczenie. Korzystał on ze wszystkich nowszych dzieł niemieckich i francuskich, poczęści i z angielskich, traktujących systematycznie o psychijatryi, dlatego téż wykład jego daje należyty pogląd na obecny stan nauki; ponieważ jednak mniéj uwzględnił monografije, a literaturę włoską całkiem pominął, więc spostrzegać się dają małe luki, tak np. z nazwiskami i pracami Westphala, Samta, Kirna, Jensena, Lombrosy itd. wcale się nie spotykamy, podczas gdy nazwiska (*nomina sunt odiosa*) mniéj poważne często się powtarzają. Mimo tych usterków wykład Pląskowskiego przedstawia prawdziwą *silva rerum* wiadomości psychijatrycznych; a ponieważ autor korzysta wiele z autorów francuskich, którzy więcéj jeszcze od niemieckich

wprowadzają liczne nazwy ku oznaczeniu przeróżnych objawów chorobowych, więc tych wiadomości raczéj jest za dużo, aniżeli za mało, i dla tego bardzo skutecznie autor zaradził temu *embarras de richesse*, umieszczając w końcu dzieła słowniczek, mający posłużyć do łatwiejszego odnalezienia używanych w tekscie wyrażeń psychijatrycznych i ich synonimów; słowniczek ten, który jest właściwie dokładnym rejestrem, zajmuje stronnic 114, a więc objętością swoją świadczy o obfitości wyrazów w książce nagromadzonych. Nadto przy końcu każdéj grupy chorób zamieścił autor „aforyzmy psychijatryczne na wzór aforyzmów Hipokratesa"; są to właściwie powtórzenia głównych zasad, wyłuszczonych w rozdziałach poszczególnych, ułatwiające czytelnikowi rozpatrzenie się w obfitym materyjale. Wreszcie spotykamy się z liczną, własną kazuistyką, co do któréj mielibyśmy tylko do zarzucenia, że poszczególne przypadki są zbyt szeroko opisane i od tekstu nieodróżnione odmiennym drukiem.

W podziale chorób umysłowych trzyma się autor kierunku psychologiczno-fizyjologicznego i wzorów francuskich. Dzieli choroby umysłowe na I. formy pierwotne, II następowe, III. końcowe i IV na wady przyrodzone. Do pierwszych zalicza *a*) obłąd krótkotrwały, *b*) obłąkanie szybko przebiegające, *c*) formy przeciągłe. Do drugich: *a*) obłąkanie mięszane i *b*) obłąkanie z drgawkami lub porażeniem; do trzecich *a*) stępienie umysłu, *b*) niedołęztwo i *c*) zupełne zniedołężnienie; do ostatnich wreszcie idyjotyzm i kretynizm. Nie jesteśmy zwolennikami tego podziału, ale mimo to nie możemy ganić autora, za to, że podział ten uważa za stosowny, albowiem zdania w téj mierze jeszcze są podzielone. Jeżeli zaś autor w przedmowie zapowiada, że ma oryginalny pogląd na sprawy duchowe i że pogląd ten oryginalny na tém polega, iż według niego obłęd zawsze występuje na pierwszym planie, to wątpimy, czy zdanie to powszechnie się przyjmie; jeżeli zaś „najoczywistszym dowodem" słuszności tego zdania mają być „krańcowe postępki samobójców", to chyba autor przypuszcza z Esquirolem, że każdy samobójca jest chorym na umyśle. Ale mniejsza o to zapatrywanie w teoryi; mniéj jeszcze zgodzić się możemy na sposób, w jaki autor obłąd traktuje. Obłąd (*Delirium*) u niego nie jest jednym z licznych objawów choroby umysłowéj, lecz odrębną postacią chorobową a nazywając go nadto obłędem krótkotrwałym (a co większa kładąc obok téj nazwy polskiéj synonima: *delirium melancholicum vel maniacale, acutum, furibundum, délire aigu)* mięsza urojenia, występujące w rozmaitych postaciach chorobowych z ciężką postacią odrębną Brierra de Boismont, uważaną obecnie za chorobę nieuleczną, polegającą na schorzeniu mózgowém. A ponieważ temu obłędowi poświęca aż 207 stronnic, więc łatwo pojąć, że w ramach jego mieścić się muszą liczne bardzo objawy, odnoszące się do rozmaitych postaci chorobowych, a za tém idzie potrzeba wielokrotnego powtarzania objawów już omówionych. W jakim celu wprowadza następnie obok obłędu krótkotrwałego drugą kategoryję: obłąkania szybko przemijającego, i jaka ma zachodzić różnica pomiędzy obiema kategoryjami, nie pojmujemy; ustanowienie zaś trzech postaci do téj drugiéj kategoryi należeć mających było zbyteczném, gdyż szał melancholiczny jest poprostu objawem melancholii, szaleństwo przelotne ma tylko racyję bytu, jeżeli się zgodzimy na istnienie formy przez Krafft-Ebinga opisanéj, czego autor atoli nie czyni (str. 247 i 254), obłąkanie zaś współsenne nie jest obłąkaniem, lecz stanem senności, a zresztą zdarza się tak rzadko, że zbyteczna poświęcić mu rozdział osobny. Natomiast podział i opis melancholii i manii jest dobrze przeprowadzony; niezgodzilibyśmy się tylko na nazwanie pomięszania pierwotnego, owéj formy tak charakterystycznéj i częstéj, manią częściową czyli jednobłędem, ani na nazwanie obłąkania moralnego manią popędową, bo jedna i druga postać a zwłaszcza ostatnia, z manią nic wspólnego nie mają. Wprowadzenie formy „obłąkania z wodowstrętem i wścieklizną" uważamy za rzecz zbyteczną, jakoteż za zbyt drobnostkowe odróżnienie osobnych postaci: „stępienia umysłu", i „zupełnego zniedołężnienia", podczas gdy „niedołęztwo przedwczesne" a raczéj „pierwotne" niestosownie pomiędzy niemi umieszczoném zostało. Dla podziału i utrzymywania kadr w należytym porządku autor widzi się zmuszonym wracać wielokrotnie do formy już wspomnianéj i ztąd to pochodzi, że o epilepsyi w 50 i kilku miejscach jest mowa, tak że jedynie za pomocą bardzo dokładnego rejestru *membra disjecta* téj choroby arcyważnéj dla psychijatry zestawić sobie można.

Że autor nie jest zwolennikiem bezprzymusowego leczenia obłąkanych, zapewne nikt dziwić się nie będzie, kto zna prawdziwie średniowieczne umieszczenie obłąkanych w Warszawie; ale trudniéj zaprawdę pojąć, że autor posuwa się do twierdzenia, że „kaftan taki, jak i inne w podobnym rodzaju przyrządy daleko mniéj drażnią chorego, aniżeli owe zachwalone metody angielskie" że więc z lekceważeniem niejako wyraża się o wiekopomnéj reformie Conollego; a mylnie też w téj mierze powołuje się na Griesingera, Schülego, Mendla i Weissa bo oni właśnie w podręcznikach swych dochodzą do wniosku wręcz przeciwnego. Wszakże Mendel zapewnia (*Die Manie*, 1881), że pomimo, iż miał do czynienia z najgwałtowniejszymi szaleńcami ani razu nie użył przymusu i nigdy tego nie żałował, a równocześnie bardzo kompetentny psychijatra Pelmann orzeka, że „przymus bezpowrotnie przegrał sprawę". Żałujemy przeto, że szan. autor broni pozycyi bronić się już niedającéj, jakkolwiek chętnie przyznajemy, że w zakładach źle urządzonych bez leczenia przymusowego ani na chwilę obejść się nie można.

Język jest poprawniejszy aniżeli w zeszycie 1szym, jednak w kilku miejscach rażą wyrażenia niepoprawne, jak np. „oprócz kategoryi chorób wyróżniczkowanych (str. 575), w różniczkowym swym poglądzie (str. 119), z gorączką się wstawiającą (7), melancholik i dement (55), uśpienie swojego Medium'a (str. 61) itd." Razi następnie zbyteczne tłumaczenie wyrazów na obce języki, np. któż nie wie, co znaczy N. błędny, wole, gruczoł tarczykowy, udar, zgrzybiałość, objaw kolanowy, maciunictwo, padaczka, itd. Wreszcie rażą zbyt częste omyłki druku, albowiem pomimo, że autor wykazał aż 6 stronnic omyłek, pozostały jeszcze liczne inne.

Po tych uwagach szczegółowych zestawiając wyniki rozbioru dochodzimy do wniosku, że dzieło Pląskowskiego jest cennym nabytkiem dla piśmiennictwa naszego; możemy i my popisać się teraz oryginalném i wyczerpującém dziełem o psychijatryi, którego autor nie jest ślepym naśladowcą wzorów zagranicznych, lecz posiada sąd własny o rzeczy, oparty na wieloletniém obcowaniu z obłąkanymi i na rozległéj znajomości literatury. Korząc się przed niezwykłą u nas pracowitością i wytrwałością chętnie przyznajemy, że dla lekarza praktycznego, dla którego psychijatryja nie jest

obcą, dzieło Pląskowskiego stanowić będzie książkę, w któréj w przypadkach wątpliwych szukać będzie porady i trudu swego nie pożałuje; inaczéj ma się rzecz z nowicyjuszem w téj nauce, a zwłaszcza z uczniem medycyny. Wiemy z własnego doświadczenia, że chcąc wpoić w adepta główne zasady nauki tak trudnéj i jeszcze nieskończonéj, trzeba mu je podawać w sposób o ile być może ponętny, a przedewszystkiém zwięzły, a z licznych podziałów należy obrać ten, który w rozwinięciu swém najmniéj przedstawia sprzeczności i powikłań, który najmniéj obciąża pamięć pojęciami bez głębszego znaczenia i jak najwięcéj tych pojęć sprowadza do wspólnego mianownika. Tylko taki wykład nie odstręcza ucznia od zapoznania się z psychijatryją, bo wzbudza w nim zaufanie i wiarę w naukę. Obawiamy się, że obszerny wykład Pląskowskiego tego skutku nie osiągnie u uczniów medycyny, jakkolwiek zachowa niezaprzeczoną wartość dla lekarzy, a zwłaszcza dla psychijatrów.

Prof. Adamkiewicz: **O ucisku i ściśliwości mózgu.**

Obecnie panująca nauka o ucisku mózgu, opracowana ze szczególną starannością przez Bergmanna, który dla jéj poparcia zestawił wszystkie aż do roku 1880 znane w tym kierunku spostrzeżenia kliniczne i wyniki doświadczalne, oparła się na założeniu, że masa nerwowa mózgu jest nieściśliwą. Powszechnie bowiem przypuszczano, że tak obfita w wodę masa nerwowa musi być również, tak jak sama woda, nieściśliwą, a Bergmann dodaje, że potrzeba ciśnienia jednéj atmosfery, aby masę nerwową zmniejszyć zaledwie o $^1/_{25000}$ część jéj pojemności.

W myśl téj nauki każde ognisko pojemność czaszki zmniejszające, nie mogąc sobie zdobyć miejsca kosztem nieściśliwego mózgu, wypiera najprzód ciecz mózgo-rdzeniową (*liquor cerebrospinalis*) z jamy czaszkowéj do kanału stosu pacierzowego, a gdy ta fizyjologiczna kompenzacyja nie wystarcza, powiększa jéj parcie. Skutkiem podwyższonego parcia cieczy mózgordzeniowéj zostają ugniecione naczynia krwionośne mózgu, powstaje więc niedokrewność mózgu, w następstwie któréj powstają wreszcie objawy tak zwanego ucisku mózgu, mianowicie: drżenie gałek ocznych (*nystagmus*), zaburzenia w czynności serca i oddychaniu, kurcze, śpiączka (*coma*), a ostatecznie śmierć.

Pierwszą pobudkę do wątpienia w prawdziwość téj nauki, a głównie w zasadniczą jéj podstawę, dał autorowi przypadek obserwowany w klinice mięsaka, usadowionego w rdzeniu pacierzowym w wysokości nabrzmienia barkowego (*intumescentia cervico-brachialis).* Mimo bowiem bardzo znacznego zmniejszenia pojemności lewéj połowy rdzenia pacierzowego w sąsiedztwie mięsaka obecność nowotworu nie zdradzała się niczém za życia. Ponieważ ze względu na prawidłową funkcyję zmniejszonéj połowy rdzenia i na brak wtórorzędnych w nim zwyrodnień nie można było mówić o zaniku tkanki nerwowéj, przeto zmniejszenie jéj pojemności wytłumaczyć musiano rzeczywistém zgęszczeniem tkanki nerwowéj pod wpływem działającego na nią ucisku. To spostrzeżenie doprowadziło do wniosku, że tkanka nerwowa jest ściśliwą.

Zważywszy, że wniosek ten zostaje w tak grubéj sprzeczności z dotychczasową nauką „o ucisku mózgu“, przedsięwziął autor liczny szereg doświadczeń w celu ocenienia, o ile obecnie panująca nauka o ucisku mózgu jest słuszną.

Najprzód chciał się przekonać, czy metody doświadczalne, których dotychczas używano w celu wywołania ucisku mózgu, są wolne od wszelkiego zarzutu.

Wszyscy niemal autorowie pracujący w tym kierunku przyjęli w zasadzie metodę Leydena. W celu wywołania sztucznego ucisku mózgu trepanował Leyden czaszkę zwierzęcia, otwór trepanacyjny łączył z manometrem rtęciowym, do wolnego zaś ramienia manometru przymocowywał długą rurkę gumową, wypełnioną wodą. W rurce łączącéj manometr z wnętrzem czaszki znajdował się słaby rozczyn soli kuchennej i białka, który wciskał się do jamy czaszkowéj i wywoływał „ucisk mózgu“ w miarę tego, jak podnoszono lub obniżano rurkę połączoną z wolném ramieniem manometru. Według stanu rtęci w manometrze odczytywano ucisk śródczaszkowy sztucznie wywołany. Tym sposobem otrzymywano kolejno wszystkie tak zwane objawy ucisku mózgu, na wstępie wyliczone, a gdy rtęć w manometrze podniosła się do 190mm. i na téj wysokości utrzymywała się przynajmniéj przez 5 minut, następowała śmierć zwierzęcia. Ponieważ parcie w tętnicy szyjnéj psa wynosi tylko 160mm. rtęci, sądzono na podstawie tych doświadczeń, że wywołany ucisk śródczaszkowy wynoszący 190mm. rtęci musi przeważać nad parciem krwi w tętnicach mózgowych, a sprowadzając w ten sposób niedokrewność, wywołuje wspomniane objawy ucisku mózgu, a nawet i śmierć. Na poparcie tych wywodów przytaczano doświadczenia Kussmaula i Tennera, którzy po sztuczném odcięciu krwi od mózgu przez zamknięcie tętnic szyjnych otrzymywali te same objawy, jak przy ucisku mózgu.

Już proste roztrząśnienie stosunków anatomicznych naprowadziło autora na myśl, że wstrzykiwania do jamy czaszkowéj, wykonane w powyższy sposób, nie mogą wcale podwyższyć ciśnienia śródczaszkowego. Badania bowiem Keya i Retziusa, Schwalbego, Luschki i Pagenstechera wykazały niewątpliwie, że przestwory podpajęcze i komórki mózgowe wspólniczą w najrozmaitszych kierunkach z naczyniami limfatycznemi i krwionośnemi głowy i szyi. Dla tego téż ciecz wparta do jamy czaszkowéj opuszcza ją nadzwyczaj łatwo wszystkiemi otwartemi drogami i nie może zwiększyć ciśnienia śródczaszkowego, a tém samém nie może wywołać ucisku mózgu. W obec tego więc przyszedł A. do wniosku, że objawów tak zwanego ucisku mózgu nie należy odnosić do ucisku mózgu, lecz że je należy w inny sposób tłumaczyć.

Na podstawie licznych doświadczeń przekonał się autor, że wspomniane objawy występują zawsze w kolejnym porządku, jeżeli drażnił mózg w jakikolwiekbądź sposób. W tym celu wstrzykiwał słaby rozczyn soli kuchennéj do tętnicy szyjnéj królika. Ciecz ta, wywołując z jednéj strony niedokrewność mózgu, a z drugiéj strony przesiąkając tkankę mózgową, drażniła mózg i to tém silniéj, im była zimniejszą. Woda destylowana jeszcze silniéj wpływała na tkankę mózgową, a najcięższe objawy występowały, gdy do wstrzykiwań użył autor cieczy, do któréj dodał kilka kropel amonijaku. Również mechaniczne drażnienie mózgu, wywołane przez Kocha i Filehnego za pomocą uderzeń czaszki młotkiem, jak niemniéj elektryczne drażnienie mózgu sprowadzały cały szereg wspomnianych objawów. (C. d. n.)

Prof. Maschka: **O otruciu fosforem z szybkiém zejściem śmiertelném.**

W Nrze 20 i 21 *Wiener med. Wochenschrift* ogłasza prof. M. dokładne opisy trzech przypadków otrucia zapałkami. Przypadki te różnią się o tyle od najczęstszych, że użyto tutaj bardzo znacznych ilości główek zapałek (z dziesięciu paczek) a zejście śmiertelne nastąpiło nader szybko bo w 7 do 8 godzin po zażyciu środka. Przy sekcyjach wy-

kazywano we wszystkich trzech przypadkach woń fosforu w żołądku i początki stłuszczenia mięśnia sercowego i na rządów miąższowych, reszta jednak zmian nie tłumaczyła nagłego zejścia śmiertelnego tak, że należało przypuścić śmierć z porażenia serca. Mayer wykazał w swéj pracy: O działaniu fosforu na ustrój zwierzęcy, że pod wpływem tego środka obniża się parcie krwi stopniowo, lecz jednostajnie i udało mu się porazić serce zupełnie, już w tym okresie, w którym ani w sercu samém ani w wątrobie nie było jeszcze śladu zmian. Przenosząc to spostrzeżenie na człowieka można snadnie pojąć śmierć nagłą z porażenia serca, zwłaszcza, że osłabienie czynności serca bywa jednym z najczęstszych objawów wśród otrucia fosforem, występuje ono znacznie wcześniej aniżeli zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia sercowego, co również wykazano w tych trzech przypadkach; zwyrodnienie tłuszczowe było tutaj tak nieznaczne, że nie można żadną miarą przypuścić, jakoby mogło dać powód do tak znacznego osłabienia czynności serca.

Przyczyny, że w pewnych przypadkach zabija fosfor tak szybko, szukać należy w znaczniejszéj ilości środka jak niemniéj w pewnéj osobistéj zmniejszonéj odporności na działanie tegoż albo w téj okoliczności, że czasem jest żołądek wypełniony istotami, które sprzyjają wessaniu fosforu.

Pomimo szybkiego przebiegu wykazano w nerkach początki a w wątrobie stłuszczenie dosyć daleko posunięte. Trudno czasem przekonać się, że zmiany te są następstwem otrucia fosforem, gdyż tłuszcz znajduje się w wątrobie osób całkiem zdrowych, zmarłych nagle w skutek przypadku, już jednak okoliczność, że zwyrodnienie to spostrzeżono we wszystkich trzech przypadkach, a w jednym z nich u człowieka młodego, przemawia za tém, że stłuszczenie jest następstwem wchłonienia fosforu, témbardziéj, że inni badacze spostrzegali to już u ludzi i u zwierząt otrutych. Z tego wszystkiego wynika, że stłuszczenie rozpoczyna się szybko po podaniu trucizny i winno być uważane za następstwo wchłonienia téjże, a chociaż, pomimo podejmowania badań przez licznych badaczów, nie znamy dotąd dokładnie przebiegu téj sprawy, przypuścić należy, że oprócz wpływu na nerwy serca, sprowadza fosfor inne jeszcze zmiany we krwi, prawdopodobnie zmniejszenie utlenienia i zwiększenie rozpadu białka w ustroju, a przez to wsteczne przemiany objawiające się stłuszczeniem narządów wewnętrznych. *Dr. Schaitter.*

VI. Cholera w Egipcie r. 1883.

Napisał Dr. K. Kłodzianowski.
Delegat i lekarz sanitarny ces. i król. Austryi i Węgier przy Radzie międzynarodowéj sanit. kwarant. w Egipcie.

(Rzecz czytana na IV Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 24).

Pozostaje nam jeszcze zbadać ówczesny stan cholery w Indyjach.—Przedewszystkiém trzebaby mieć na oku miasto Bombay, najbliższe Egiptu, a tém samém najniebezpieczniejsze. Otóż od kwietnia zaczęła się cholera w Bombayu wzmagać. W tym czasie pielgrzymi muzułmańscy ściągają do Bombayu, aby tamże wsiąść na statki, które ich przewożą do Dżeddy. Wiadomo, że mieszkańcy Bombayu i innych okolic, gdzie cholera ciągle istnieje, mają wielką przeciw niéj oporność. Obcy zaś przybysze bardzo łatwo jéj podpadają. Pielgrzymi ci, pochodzący z prowincyj niezakażonych, łatwo dostają cholery, ztąd łatwość zawleczenia téjże przez pielgrzymów. Nadto pielgrzymi ci mieszkają jakiś czas przed wyjazdem w częściach miasta, w których cholera najbardziéj grasuje. Angielskie okręty dostają w Bombayu przed wyjazdem zawsze patent zdrowia (*patente netta*), nawet podczas najsilniejszéj cholery. Rada międzynarodowa w Aleksandryi chciała już wtenczas zaprowadzić kwarantanę od Bombayu, ale jéj się to zaraz nie udało dla intryg angielskiego delegowanego, który po podniesieniu téj kwestyi protestując opuszczał salę pociągając za sobą swoich zwolenników, w skutek czego Rada, nie mając dostatecznéj ilości głosów, nie mogła powziąść uchwały. Udało nam się to dopiero 14 maja. D. 2 czerwca na podstawie lepszych wiadomości z Bombayu stronnictwo angielskie zaproponowało zniesienie kwarantany a mając przewagę głosów, wbrew silnéj opozycyi ze strony delegowanych Francyi, Włoch, Turcyi, Niemiec i Austro-Węgier, przeprowadziło swój wniosek.

Jak to się często zdarza, że takie zmniejszenie się cholery jest tylko stanem przemijającym, tak téż się stało i wtenczas. Wkrótce potém cholera tak zwiększyła się w Indyjach, że nawet Rada sanitarna w Bombayu uznała ją za epidemiczną. W tym samym czasie wybuchły epidemije cholery na wyspach Jawie i Sumatrze, co świadczy o wielkim jéj rozszerzeniu się. Parowiec odbywa drogę z Bombayu do Suezu w 10 do 12 dniach. W tym samym czasie było także silne powiększenie cholery w Kalkucie. Chociaż Kalkuta o 22 dni drogi jest oddaloną od Suezu, zawleczenie jednakowoż choroby ztamtąd statkami handlowemi jest możebném, gdyż te są bez żadnéj kontroli i epidemija na takim okręcie może trwać przez całą drogę, straty zaś w załodze przez nią wywołane uzupełniają się tak, jak to powyżéj wskazałem. Przybywszy do Suezu załoga okrętowa może być pozornie zdrową, lecz dla wywołania zarazy dość jest, aby ktokolwiek z załogi dostał prostéj biegunki cholerycznéj. O tém przekonaliśmy się dostatecznie w ostatniéj epidemii. Łatwemu zawleczeniu cholery sprzyja jeszcze przepis kwarantanowy, który Rada międzynarodowa zaprowadziła w r. 1881, a mianowicie, że każdy okręt, który nie chce odbywać kwarantany w Suezie, może przepłynąć kanał, byle nie komunikował się z lądem. Ja jeden w swoim czasie sprzeciwiałem się temu ułatwieniu, zapowiadając, że Rada tego pożałuje, ale zapóźno, albowiem wiedziałem, że ścisłe wykonanie tego przepisu nie jest możebném. — Wtenczas to proponowałem ustanowienie ciągłéj kwarantany od Indyj. Przepowiednia moja z r. 1881 spełniła się niestety, cholera została zawleczona tą drogą przez ludzi z Damiety służących na okrętach, przychodzących z Indyj, którzy w znacznéj ilości wymykali się z okrętów źle strzeżonych, jak to powyżéj wytłumaczyłem.

Jak widzicie Panowie z tego wszystkiego, okoliczności były bardzo pomyślne do zawleczenia i rozwinięcia się cholery w Egipcie.

Dla czego zaś cholera tak długo, bo od r. 1865, dała czekać na siebie, to tłumaczy się tém, że po każdéj epidemii cholery kraj przez nią nawiedzony nabywa pewnéj oporności przeciw téjże, i oporność ta wedle Dra Fauvela trwa 10 lat. Powtóre do rozwinięcia się cholery potrzebne są odpowiednie warunki antihigijeniczne, a takiemi bez zaprzeczenia były w Egipcie stosunki miejscowe od r. 1865 w r. 1883 po wojnie, zakażenie Nilu ścierwem i nagromadzenie się ludzi podczas jarmarku w Damiecie, którzy niezawodnie pożywali mięso z zarażonego bydła. Można dziś śmiało twierdzić, że nie powietrze, lecz ludzie i towary zanoszą i szerzą cholerę.

Zgadza się to ze spostrzeżeniem dawniejszém, „że cholera jeździ kolejami i płynie rzekami.“ Po wybuchu cholery można było, znając kraj, oznaczyć jéj drogę z matematyczną ścisłością. Musiała się ona szerzyć w dwojakim kierunku, ku Port Said i ku Mansurze, a ztąd do Kairu. — Sąto dwie drogi, któremi z Damiety uciekać można przed cholerą. Pierwsza jest dłuższą, wiedzie przez jezioro Menzaleh i nie tyle jest łatwą jak druga, którędy kolej prowadzi. Port-Said zabezpieczył się postawiwszy zaraz po wybuchu cholery w Damiecie kordon sanitarny. We 24 godzin późniéj zatrzymano nad jeziorem wielką liczbę uciekających i internowano ich na miejscu i od tego czasu nie wpuszczano nikogo. — Dzięki temu Port-Said ochronił się od epidemii, miał bowiem tylko 8 przypadków i to zawleczonych z wnętrza kraju. Mamy tu przykład na Port Saidzie, że kordony sanitarne mają wielką doniosłość, jeśli mogą być ściśle wykonane. Z drugiéj strony od Mansury, gdzie kordony zostały zapóźno zaprowadzone, kiedy już masa uciekających zaległa Mansurę, cholera szerzyła się z wielką szybkością.—W Mansurze, mieście starożytném, pełném ruin i brudu, cholera znalazła jak najkorzystniejsze warunki do rozwinięcia się, to téż była bardzo silną. Importacyja cholery z Damiety do Mansury została jak najdokładniéj udowodnioną. Cholera trwała w Mansurze dni 40. W przeciągu tego czasu Mansura z 20.000 ludności straciła 1.102 z cholery. Tu cholera wzmagała się przez dni 15, w ostatnim dniu liczba umarłych dosięgła 102, od 15go dnia zaczęła się zmniejszać stopniowo, aby ustać zupełnie dnia 40go.

Ludność Egiptu jest bardzo bojaźliwą i nadzwyczaj ruchliwą, to téż z początku byłyto prawdziwe gonitwy, uciekano z miejsca na miejsce, aby tylko uniknąć cholery. Tém się tłumaczy nadzwyczaj szybkie szerzenie się cholery w kraju.

Z Mansury cholera poszła w okolicę. Ztąd dwie drogi otwarte były dla cholery, drogi kolei żelaznéj, do Kairu i Aleksandryi. —Kair był w większém niebezpieczeństwie niż Aleksandryja. Egipcyjanie mają więcéj stosunków z Kairem, miastem czysto egipskiém, większa téż część uciekających Egipcyjan udawała się w tę stronę. Egipcyjanie stanowili najniebezpieczniejszy kontyngens, gdyż nieprzyzwyczajeni ani do czystości ani do innych warunków higijenicznych życia podpadali łatwiéj zakażeniu. Do Aleksandryi ściągali Europejczycy mieszkający w prowincyjach po większéj części zamożni, tém samém mniéj niebezpieczni. Kair bronił się przeciw zarazie kordonem do 14 lipca, w którym dniu cholera zawleczoną została Nilem z Damiety i szybko się rozwinęła.

Komisyja sanitarna w Kairze uznała w tym czasie kordony za zbyteczne, rozwiązała je i otworzyła na rozcież bramy miasta uciekającym, a więc zarazie. Po rozwiązaniu kordonów od razu we wszystkich częściach miasta wybuchła cholera z wielką gwałtownością. 25 lipca dosięgła tam punktu kulminacyjnego, w dniu tym umarło 463 osób. W Kairze trwała cholera 63 dni. W tym czasie umarło z cholery 6.041 osób. Komisyja sanitarna nadzwyczajna utworzona przez reprezentatów mocarstw a złożona po największéj części z Europejczyków, pomimo najlepszych chęci i współdziałania ludności miejscowéj i administracyj rządowych, nie mogła powstrzymać rozwinięcia się epidemii. — Przyczyną tego były stosunki miejskie. Miasto jest starożytne z wąskiemi ulicami, niebrukowanemi, nie można go tedy było ani oczyścić ani zdezinfekcyjonować. Kanalizacyi żadnéj nie ma a wychodki w stanie najpierwotniejszym, sąto poprostu jamy po największéj części nawet niemurowane. Dezinfekcyja ich przeto była niemożebną, gdyż tylko w sposób chemiczny możnaby ją odbywać. Zważywszy nadto, że dla dezinfekcyi metra sześciennego kału potrzeba 1 litra czystego kwasu karbolowego, łatwo jest pojąć, że nawet dostarczenie potrzebnéj ilości środków dezinfekcyjnych dla tylu tysięcy jam było oczywistém niepodobieństwem. Komisyja przeto widząc niemożność powstrzymania epidemii musiała poprzestać na usiłowaniach ku jéj złagodzeniu, o ile to było możliwém. W tym celu użyto nawet środków bardzo energicznych, jak ewakuacyi przedmieścia Bulaku, gdzie cholera była najsilniejszą i spalenia w nim jednéj części domów. Środek ten okazał się wielce skutecznym, gdyż cholera ustała niebawem między ludnością.

W Aleksandryi Komisyja sanitarna nadzwyczajna złożona z konsulów, lekarzy sanitarnych mocarstw europejskich i kilku ludzi fachowych, postanowiło odosobnić miasto o ile możności. Wiedząc, że po wybuchu cholery w Kairze mieszkańcy tegoż tłumnie rzucą się ku Aleksandryi, zredukowano komunikacyję do jednego pociągu dziennie. Osoby przybywające tym pociągiem zawożono do lazaretów, gdzie 7dniową kwarantanę odbywać musiały. To samo stało się od strony morza, i cała Aleksandryja otoczona była kordonem wojskowym. Znając kraj i wiedząc, że bez nadużyć się nie obejdzie Komisyja, baczne miała oko na wszystko, co się działo w mieście.—Gremium lekarskie w Aleksandryi jednozgodnie popierało Komisyję i donosiło o każdym podejrzanym przypadku. Miasto zostało podzielone na 5 części, do każdéj z nich wyznaczono komitet z łona Komisyi, złożony z ludzi fachowych i lekarzy, policyja była pod rozkazami komitetu, i każdy członek miał pełną władzę kontroli. Zadaniem pierwszém Komisyi było oczyszczenie miasta, drugiém dezinfekcyja, trzeciém pomoc dla słabych, czwartém grzebanie zmarłych. Oczyszczenie miasta było wielkiém zadaniem, gdyż część miasta leżała w gruzach, reszta była w stanie największego zaniedbania. Publiczne wychodki dotąd nieznane stanęły gotowe w przeciągu dni kilku. Dezinfekcyja tyczyła się domów, wychodków, ulic i kanałów. Domy oczyszczono a domy ubogich wewnątrz i zewnątrz na koszt Rządu wybielono wapnem. Do wychodków wlewano rozczyn *Sulf. ferri* i chlorku w wielkiéj ilości. Ulice czyszczone, a wąskie i niebrukowane skrapiano nadto rozczynem chlorku. Kanały, które w sposób chemiczny w ogóle dezinfekcyjonować nie było można, w sposób bardzo praktyczny myto wodą morską. Do tego służyły dwie pompy parowe, jedna pompowała wodę morską do kanałów, druga wypompowywała ją do morza rurami zanurzonemi w wodzie. To mycie odbywało się dzień i noc. Stacyje ratunkowe dzienne i nocne utworzone zostały po wszystkich częściach miasta oraz zbudowano 5 ambulansów, każdy po 30 łóżek i opatrzono je w apteki i lekarzy. Główny szpital znajdował się w Meks w lazarecie, do którego odbywała się ewakuacyja z ambulansów.—Oprócz tego 3 szpitale europejskie i jeden arabski, istniejące w mieście, przyjmowały cholerycznych. Osobne wagony zamknięte, wybite blachą cynkową, skonstruowanemi zostały do wywożenia zmarłych. Dezinfekcyja odbywała się bardzo obficie a nawet rozrzutnie. W dzielnicy, którą ja miałem pod moją dyrekcyją, utworzyłem dwa oddziały dezinfekcyjne, jeden zajmował się dzienną dezinfekcyją wychodków po domach, drugi był na pogotowiu do dezinfekcyjonowania natychmiastowego pomieszkań, w których się wydarzył przypadek cholery. W ambulansie dezinfekcyja odbywała się rozczynem sublimatu. Oprócz tego środki pożywcze były pod dozorem komisyi. Przywóz owoców został zupełnie zakazanym.

Od 1 lipca do 5 sierpnia były tylko pojedyncze przypadki w mieście, zaniesione z okolic zakażonych w skutek przedostania się przez kordon. Epidemija jednak nie rozwinęła się, gdyż co tylko jaki przypadek się wydarzył, zaraz dom wypróżniano, nawet sąsiednie, zabierano mieszkańców do lazaretu, domy czyszczono i zamykano. (Dok. nast.)

VII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu.

Sprawozdanie Dra **Kwaśnickiego.**

I.

Dnia 5 czerwca zakończył swe czynności poznański Zjazd lekarzy i przyrodników polskich.

Żaden z dotychczasowych Zjazdów nie budził tyle zajęcia, a dodajmy i tyle obaw, co Zjazd poznański; to też kiedy zakończył on swe prace z tak świetném powodzeniem, zapanowała szczera radość, natchniona pobudkami ogólniejszéj natury. Byłoby to zaprzeczeniem namacalnéj rzeczywistości, gdybyśmy zechcieli utrzymywać, że zjazdy polskie mają jedynie cel i charakter naukowo-lekarski. Jeśli z niezbitą słusznością mógł utrzymywać prof. Szokalski, że każdy naród posiada swą odrębną, rodzimą metodę badania naukowego, to z tém większą pewnością *a priori* wnosić należy, że zjazdy lekarzy polskich muszą mieć na sobie piętno swojskie, wyciśnięte właściwościami zwyczajowemi, umysłowemi i dziejowemi naszego narodu. Lekarzy polskich, przybywających do miasta na miejsce zjazdu przeznaczonego, przyjmują i goszczą nietylko lekarze miejscowi i reprezentanci miejscy; poza temi bezpośrednio interesowanemi organami stoi społeczeństwo polskie, spotykające przybywających słowami: „Gość w dom, Bóg w dom", zapraszające ukraińskiém „czém chata bohata, tém rada"; społeczeństwo to uważa przybywających członków zjazdu za swych gości, i starosłowiańska gościnność, którą przesiąknięte są i dziś nasze zwyczaje, musi być wzięta w rachubę sprawozdawczą, jako jeden z czynników zjazdu. Wybitną cechą umysłu polskiego jest jego dążenie do encyklopedyczności: jeśli nam nie bez podstawy zarzucają brak gruntownych studyjów, to z drugiéj strony przyznają cudzoziemcy, że z Polakami o wszystkiém mówić można, gdyż wszystkiém się interesują, i o każdéj rzeczy mają wyobrażenie; ta właściwa polskiemu umysłowi dążność do wszechstronności stała się przyczyną zwyczaju, że członkowie naszych zjazdów dążą do poznania osobliwości etnograficznych, archeologicznych, architektonicznych, kulturnych i ekonomicznych miejscowości, w któréj się zjazd odbywa. Wreszcie zetknięcie się z sobą przedstawicieli różnych prowincyj, odczucie jedności plemiennéj i duchowéj, nadaje zjazdom polskim cechę podniosłą i jest moralną pobudką uniesień i uroku, któremi wyróżniają się zjazdowe uczty i wycieczki. Uwzględniając więc w sprawozdaniu stronę zwyczajową, umysłową i etnograficzno-dziejową naszych zjazdów, obok głównego ich celu naukowego, stajemy na własnym gruncie, oddajemy hołd prawdzie i przedstawiamy zjazd takim, jakim on był.

D. 1 czerwca opuściliśmy Kraków w liczbie przeszło 40 i przez Szląsk spieszyliśmy do Poznania. Prastara dzielnica Piastów zdumiewa obfitością fabryk i ruchliwością ludności, tu można przekonać się, co zdziałać potrafią praca, oświata i oszczędność; w dawnych stolicach książąt szląskich widnieją na horyzoncie stare wieże w stylu nadwiślańskim, ostatnie zabytki dziś nieistniejącego porządku rzeczy. Teraz pojmujemy, dla czego obecny Cesarz niemiecki nazwał Szląsk najpiękniejszą perłą w swojéj koronie: niezliczone fabryki szląskie, kopalnie węgla i huty żelazne, a węgiel i żelazo, to dwa pierwszorzędne czynniki nowoczesnéj potęgi państwowéj: pierwszy zapewnił Niemcom dobrobyt ekonomiczny, drugie ugruntowało przewagę zaczepno-odporną Państwa niemieckiego Koło północy stanęliśmy w Poznaniu, powitani przez członków Wydziału gospodarczego i tych obywateli Poznania, którzy przyszli ofiarować nam skarby swéj wielkopolskiéj gościnności. Na dworcu spotkaliśmy nieco wcześniéj od nas przybyłych pobratymców z Czech i w serdecznym uścisku zadzierzgnęliśmy dawniéj nawiązane węzły braterstwa i wzajemności. Skład Wydziału gospodarczego, który doprowadził do skutku Zjazd poznański, a któremu przypada cała zasługa i cała wdzięczność za to trudne dzieło, był następujący: przewodniczący Dr. Wicherkiewicz, sekretarz Dr. Osowicki; do Komisyi lekarskiej należeli: Dr. Jarnatowski, Dr. Koszutski, Dr. Batkowski, Dr. Kapuściński, Dr. Stan; do Komisyi przyrodniczéj radca Dr. Milewski, prof. Dr. Szafarkiewicz, Dr. Kusztelan, Dr. May, p. Pauly, p. Barcikowski i p. Jagielski; do Komisyi finansowéj: hr. Engeström, redaktor p. Dobrowolski, p. K. Koszutski; dwie ostatnie Komisyje uprosiły jeszcze pp. hr. A. Cieszkowskiego, Szymańskiego, p. Jażdżewskiego i X. Dra Kanteckiego. Wydział gospodarczy nie był odosobniony: stały poza nim chociaż nieliczne instytucyje polskie, a przedewszystkiém społeczeństwo polskie tak m. Poznania jak i dalszych okolic, którego udział jeśli z jednéj strony dodał świetności Zjazdowi poznańskiemu, to z drugiéj świadczył o gotowości i wielkiém poczuciu i rozumieniu obowiązków obywatelskich. Wydział gospodarczy wydawał podczas Zjazdu: „Dziennik IV Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich"; wydawnictwo to redagowane przez Dra Kusztelana z współudziałem Dra Krzesińskiego zasłużyło na powszechne uznanie starannością, szybkością w podawaniu sprawozdań, i znakomitém informowaniem swych czytelników. Oprócz Dziennika członkowie zamiejscowi Zjazdu otrzymali bezpłatnie album z fotodrukami widoków miasta Poznania, oraz Przewodnik po Poznaniu. — Sekcyj było 10, pięć lekarskich i pięć przyrodniczych; do lekarskich należały: 1) chirurgiczna, 2) medycyny wewnętrznéj, 3) położniczo-ginekologiczna, 4) oftalmologiczno-otologiczna i 5) wreszcie psychijatryi, higijeny, medycyny sądowéj i publicznéj; sekcyje przyrodnicze: 1) geologii, mineralogii, zoologii i botaniki, 2) matematyczno-fizyczna, 3) chemiczno-farmaceutyczna, 4) antropologiczno-archeologiczna i 5) przyrodniczo-rolnicza. Posiedzeń ogólnych było dwa.

D. 1 czerwca wieczorem w sali bazarowéj zebrali się członkowie Zjazdu dla bliższego z sobą poznania się, a nazajutrz rozpoczął Zjazd swe czynności, o których w chronologicznêm porządku zdamy sprawę w następnych numerach Przeglądu.

VIII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

O Odbywanie dorocznego zjazdu chirurgów francuskich zostało postanowioném. Myśl tę poruszył dwa miesiące temu w liście wystosowanym do Towarzystwa chirurgicznego w Paryżu Dr. Demons z Bordeaux, a na posiedzeniu rzeczonego Towarzystwa odbytém 28 maja przyjęto projekt wypracowany przez wyznaczoną poprzednio Komisyję. Towarzystwo chirurgiczne weźmie inicyjatywę w zwołaniu pierwszego zjazdu i uchwaleniu zasad. Jeden tylko z członków Dr. Desprès przemawiał przeciw

wnioskowi nie mając ufności do zjazdów, za wnioskiem przemawiali Trélat i Verneuil.

○ Dr. Emmerich z Monachijum sądzi, iż wykrył przyczynę panującéj tam epidemii zapalenia płuc, któremu uległo 161 osób, znalazłszy mikroorganizm właściwy téj chorobie w tynku ścian i pował domów zakażonych.

○ Prątek cholery. Z Bombayu donoszą do *Lancetu*, że 2go maja Dr. Carter okazywał w zebraniu lekarskiém prątki, które otrzymał z zupełnie świeżych odbycin chorych na cholerę, przy pomocy sposobu wskazanego przez Kocha. Nad tym przedmiotem toczyła się żywa rozprawa. Dr. Weir znalazł w wodzie studziennéj, któréj używali chorzy na cholerę, bakteryje odpowiednie prątkom Kocha, a które Dr. Weir zamierza badać hodując je w żelatynie. W związku z tém dodać wypada, że Dr. Balfour pił wodę podejrzaną, mimo rady Dra Weira, ze skutkiem zupełnie ujemnym. Wypada podziwiać odwagę Dra Balfoura, choć postępek jego trzeba uważać poniekąd za nierozważny bez względu na teoryję, jakiéjby się hołdowało. (*The Lancet*).

○ P. Andrzéj Cainegie zapisał 50.000 funtów szterl. szkole lekarskiéj przy szpitalu Bellevue w Nowym Yorku celem obrócenia téj kwoty na poparcie badań lekarskich mianowicie odnoszących się do zapobiegania chorobom.

○ Dr. Lewis (*Med. Bulletin*) donosi, że woń jodoformu bywa „prawie zupełnie zniszczoną“ przez domieszkę równéj ilości olejanu zynkowego.

○ Redakcyja angielskiego czasopisma lekarskiego *The Lancet* znajduje się w tém położeniu, iż od czasu do czasu deleguje komisyje, które się zajmują zbadaniem różnych stosunków higijenicznych a sprawozdania tych komisyj bywają potém ogłaszane we wzmiankowaném czasopiśmie. W Nrze 18 *Lancetu* z r. b. mieści się sprawozdanie komisyi wyznaczonéj do zbadania stosunków kolonii żydów polskich trudniących się krawiectwem w Londynie.

○ Według artykułu Dra Picka zamieszczonego w *Pharmaceutical Journal* glin i jego składniki stanowią najdzielniejszy środek przeciw gruźlicy płuc, — wniosek ten opiera Dr. Pick na doświadczeniach zrobionych na królikach i na spostrzeżeniach klinicznych. W jednym przypadku nacieku w szczytach płuc usunięcie objawów i przypadków chorobowych miało nastać po zastosowaniu glinu według następującego przepisu: glinu metalicznego 8 grm., wodanu glinowego 5 grm., węglanu wapniowego 5 grm. i gumy tragakantowéj ile potrzeba do zrobienia 60 pigułek, z których podawano 3 razy dnia po jednéj pigułce.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 8—14 czerwca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 37,8. Z ospy umarło 1 (3 z. t.); z płonicy 1 (1 z. t.); z błonicy 1 (1 z. t.); z duru brzusznego 2 (0 z. t.); z duru osutkowego 0 (1 z. t.); z gorączki połogowéj 0 (1 z. t.); z róży 1 (3 z. t.); z zimnicy 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże tygodniu o 1 przypadku ospy, 2 płonicy, 1 duru osutkowego. W tygodniu od 25—31 maja ospa w Londynie bardziéj się rozszerzyła. Umarło 36, świeżo zapadło 391, leczyło się w szpitalach 1117. W Paryżu umarło z ospy 2, w Liwerpolu 3, w Nowym Orleanie 4, w Pradze 29, w Madrasie (od 22—28 marca) 280. Dur złagodniał w Genewie, w Zurychu umarło zeń 10. Z duru osutkowego umarło w Odesie, Maladze, Saragosie po 1, w Murcyi 2, w Amsterdamie 4. W Roterdamie i Petersburgu umiera wiele w skutek odry. Z cholery umarło w Bombayu (od 1—6 maja) 12, w Madrasie (od 22—28 marca) 8. W Nowym Orleanie od 4—10 maja 2.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 25—31 maja umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców w Krakowie 42,3; w Warszawie 26,6; w Poznaniu 26,3; w Wiedniu 30.7; w Pradze 40,3; w Tryjeście 28,8; w Berlinie 24,6; w Hamburgu 24,9; w Gdańsku 26,3; we Wrocławiu 26,3; w Monachowie 34,2; w Dreźnie 26,0; w Lipsku 19,3; w Genewie 26,5; w Brukseli 20,0; w Amsterdamie 27,4; w Hadze 29,7; w Paryżu 23,9; w Londynie 19,2; w Kopenhadze 22,0; w Stokholmie 23,3; w Chrystyjanii 17,2; w Petersburgu 37,3; w Odesie 33,7; w Wenecyi 23,1; w Bukareszcie 27,0; w Aleksandryi 27,5; w Filadelfii 19,5; w Bombayu 30,5; w Madrasie 79,7. *J. B.*

Śmiertelność we Lwowie (liczącym 115.544 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). W tyg. od 1—7 czerwca r. b. zmarło 88 osób, co odpowiada śmiertelności na rok i 1000 mieszkańców 39·6. W tym czasie zmarło 2 osób z ospy, 2 z dyfteryi, 1 z dławca, 1 z krztuśca.

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 19 czerwca. Dziekanem Wydziału lekarskiego na rok przyszły wybrany został ponownie prof. Dr. Piotrowski.

* Dr. Hoszard, członek Wydziału krajowego i referent spraw szpitalnych, za powrotem z Karlsbadu zwiedził d. 16 bm. szpital św. Łazarza.

* Docent U. J. Dr. Walery Jaworski wyjeżdża d. 1 lipca r. b. do Karlsbadu, gdzie wykonywać będzie praktykę lekarską podczas pory kąpielowéj; Dr. Murdzieński zaś, asystent kliniki chorób dzieci, praktykować będzie tego lata jako lekarz zdrojowy w Iwoniczu.

* Od Wydziału Tow. wzajemnéj pomocy ucznia Uniw. Jagiell. otrzymaliśmy następujące doniesienie:

W sobotę, dnia 14 czerwca, odbyło się nadzwyczajne posiedzenie Wydziału Towarzystwa Wzajemnéj Pomocy Uczniów Uniwersytetu Jagiellońskiego, na którém rozdano nagrody za prace konkursowe. Prace czyniące zadość wymogom konkursu ugrupowano w 4 klasy, dla łatwiejszego rozdzielenia nagród.

Nagrodę I klasy otrzymał słuchacz medycyny, Justyn Karliński, za pracę na temat: „Wykazać w chorobach gorączkowych i konstytucyjonalnych jak się zachowuje ilość kreatyniny w różnych stadyjach choroby, uwzględniając przytém i ilość mocznika.“

Nagrodę II klasy otrzymali: 1) słuchacz medycyny, Teofil Stachiewicz za pracę pod tytułem: „Zbadać systematycznie zachowanie się drobnowidowe plwocin wszystkich chorych leczonych w klinice lekarskiéj w półroczu zimowém 1883/4 i określić na téj podstawie wartość semiotyczną badania drobnowidowego plwocin. 2) Słuchacz medycyny, Antoni Krokiewicz, za pracę pt.: „Przedstawić skutki lecznicze nowszych leków zastósowanych w klinice lekarskiéj w ciągu półrocza letniego 1883 i zimowego 1883/4. 3) Walery Momidłowski, słuchacz medycyny za pracę pt.: „Przez jakie ciała wprowadzone do organizmu można wywołać glykosuryją i do jakiego stopnia? (należy stwierdzić doświadczeniami na zwierzętach)“. 4) Słuchacz filozofii, Maryjan Raciborski za pracę pt.: „Gatunki i odmiany Galium znalezione w Galicyi.“

Nagrodę III klasy otrzymał słuchacz medycyny, Władysław Harajewicz, za pracę na temat: „Ocenić zgodność rozpoznania klinicznego z rozpoznaniem anatomicznem we wszystkich przypadkach z zejściém niepomyślném, jakie przydarzyły się w klinice lekarskiéj w ciągu półrocza letniego 1883 i zimowego 1883/4.“

Nagrodę IV klasy otrzymał słuchacz medycyny, Andrzej Chramiec, za pracę na temat: „Zestawić wszystkie przypadki moczówki cukrowéj leczone w klinice lekarskiéj od r. szkolnego 1874/5 aż do końca półrocza zimowego 1883/4 pod względem etyjologii, patogenezy, przebiegu choroby i wyników leczenia.“

Nadto uznano jednę pracę za godną pochwały, a jednę za nie odpowiadającą wymogom konkursu. *F. Zoll*, sekretarz Tow.

* Dzieła *Biographisches Lexikon*, wydawanego przez Hirscha i Wernicha nakładem Urbana i Schwarzenberga, wyszły zeszyty 9 i 10, czyli koniec tomu Igo, obejmującego stronnic 713. W ostatnich dwóch zeszytach mieszczą się bijografije lekarzy począwszy od Brissota aż do Chavassa, a pomiędzy niemi bijografije 3 lekarzy polskich: Brodowicza i Bryka (pióra prof. Oettingera) i Chałubińskiego. Dwa pierwsze życiorysy pod względem dokładności nie pozostawiają nic do życzenia, natomiast Chałubiński z łaski redakcyi pisany Chatubiński nie znajduje się na swojém miejscu. W ogóle korekta w dziele tém tak ważna nie przynosi zaszczytu gruntowności niemieckiéj, a wydawcy nie dorośli pod tym względem amerykaninowi Billingsowi. Wydawcy odwołują się do poszczególnych lekarzy, których prosili o krótkie życiorysy, o dostarczenie takowych.

* **Ruch kąpielowy.** W Cieplicach czeskich gości 2224, w Gainfarn 386. W Gleichenbergu leczyło się do d. 11 bm. według doniesienia kol. Bulikowskiego rodzin 898,

składających się z osób 1354, między którémi znajduje się arcyksiężna Elżbieta.

* **Warszawa.** D. 7 bm. odbył się w Warszawie konkurs na młodszego ordynatora w szpitalu św. Łazarza; Dr. Teofil Żera otrzymał głosów 58, Dr. Teodor Anders zaś głosów 56; posadę otrzyma więc pierwszy. D. 16 b. m. zaś odbył się konkurs na posadę sekundaryjusza w Instytucie oftalmicznym w obec komisyi składającéj się z prof. Brodowskiego jako przewodniczącego, Szokalskiego, Wolfringa, Gepnera itd. i w obecności ks. Lubomirskiego. Stanęło do konkursu 2 kandydatów: Drowie Kamocki i Kępiński. Tak w rozpoznawaniu chorób, wykładzie o nich i operacyi (wydobyciu zaćmy) obaj aspiranci dowiedli, że posiadają wszelkie kwalifikacyje do ordynowania w zakładzie dla chorych na oczy; pierwszeństwo jednak otrzymał Dr. Kamocki, ponieważ posiada język rosyjski i ordynował przez 2 lata bezpłatnie w zakładzie. Rzecz dziwna, że Rada miejska nie pozwoliła Drowi Kępińskiemu ubiegać się, jeżeli nie w języku polskim, to przynajmniéj w języku francuskim lub niemieckim, pomimo, że żadna ustawa tego nie broni!

* **Wiadomości uniwersyteckie Insbruk.** Nadzw. profesor położnictwa Dr. Fryd. Schauta mianowany został prof. zwyczajnym. — **Lipsk.** Prof. Rudolf Boehm z Marburga powołany został do Lipska jako prof. farmakologii i higijeny. — **Praga.** Nadzw. profesor med. sądowéj Dr. Güntner przechodząc w stan spoczynku, otrzymał uznanie cesarskie z powodu działalności wieloletniéj i pożytecznéj. Wniosek Wydziału niem. względem powołania prof. Aebego na katedrę anatomii opisowéj Ministerstwo odrzuciło żądając przedstawienia trzech kandydatów.

* **Nekrologija.** D. 14 bm. umarł we Wiedniu O. Deodat Jan Czulik, przeor konwentu i lekarz ordynujący w szpitalu Braci Miłosierdzia w Krakowie, członek naszego Tow. lekarskiego

W chwili zamknięcia numeru otrzymujemy smutną a niespodziewaną wiadomość o śmierci Dra Zygmunta Schützera, lekarza praktycznego i sądowego w Tarnowie. Zmarły cieszył się w Tarnowie ogólném poważaniem i zaufaniem Sądu. Niedawno dopiero czytaliśmy orzeczenia jego w dwóch sprawach ważnych, opracowane z wielką troskliwością i sumiennością, a dziś dowiadujemy się, że po długich i dolegliwych cierpieniach zmarł w 50 roku życia. Spodziewamy się, że ktoś z kolegów bliższych dostarczy nam dat z życia i działalności jego. Cześć jego pamięci!

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 24: Schramma: Przyczynek do tamowania krwotoków (dok.); Fabiana: Hemoglobinemija i hemoglobinuryja (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 24: Adamkiewicza: O nowym składniku włókien nerwowych (istota chromoleptyczna) i o dwubarwności tkanki rdzenia pacierzowego (dok,).

Redakcyja otrzymała:

Prof. Dr. DOMAŃSKI: Reformy sanitarne w Krakowie i ich znaczenie. I. Sprawa dołów kloacznych. II. Kolonije wakacyjne dla dzieci. (Osobne odbicie z „Czasu“), in 8vo str. 20 i 13. Kraków 1884).

Prof. Dr. DOMAŃSKI i K. ZAREMBA: Zdanie sprawy z podróży w sprawach sanitarnych i ekonomicznych m. Krakowa, odbytéj w marcu 1884. (Odbicie z „Czasu“), in 8vo str. 28.

Dr. Bol. WICHERKIEWICZ: Szóste sprawozdanie roczne Zakładu leczniczego dla ubogich chorych na oczy w Poznaniu za r. 1883. Poznań 1884 in 8vo str. 48. (Ocenę fachową podamy później.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 25 czerwca o godzinie 6éj popoł. w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém kol. Browicz przedstawi i objaśni kilka rzadkich okazów z anatomii patologicznéj, kol. Jaworski mówić będzie o różnicy w zachowaniu się w przewodzie pokarmowym wody karlsbadskiéj a nowéj soli karlsbadzkiéj, na podstawie doświadczeń klinicznych.

Na fundusz sierot po jednym z lekarzy prowincyjonalnych nadesłał p. Fr. Dzikowski z Kałusza 2 złr. Razem z poprzednio wykazanemi 202 złr. 75 ct.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 11.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement. oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 28 czerwca 1884. № 26. Rok XXIII.

I. Z kliniki okulistycznéj prof. Dra Rydla.

Sprawozdanie statystyczne z ruchu chorych kliniki okulistycznéj Uniw. Jagiell. za lata 1877—1882, i z wykonanych w tym czasie operacyj.

Podał Dr. E. Machek,
docent w Uniw. Jagiell. i b. asystent kliniki okul.

(Dokończenie. Patrz Nr. 25).

Na 391 irydektomij był wynik operacyi prawdziwie niepomyślny w trzech przypadkach u 2 chorych. W tych przypadkach skutkiem operacyi stan chorych pogorszył się bezwzględnie. W jednym z tych przypadków po operacyi prawidłowéj wystąpiło zapalenie ciałka rzęskowego i tęczówki i to już dnia następnego po wykonaniu rękoczynu a trzeciego dnia można było wykazać ropny naciek brzegów ranki. Następnie rogówka zropiała a galka oczna zanikła. Najprawdopodobniéj nastąpiło w tym przypadku zakażenie ranki podczas lub po operacyi. Za tém przemawia także ta okoliczność, że równocześnie leczono w klinice stałéj dwa ciężkie przypadki ropni rogówkowych a w jednym przypadku zaćmy powikłanéj, którą operowano krótki czas przed wykonaniem wyżéj wspomnianéj irydektomii, oko uległo zapaleniu ropnemu. W każdym większym zakładzie okulistycznym lekarze od czasu do czasu robią niezawodnie podobne spostrzeżenia, wykazujące, jak wielce cenić należy postępowanie przeciwgnilne. Było to jedyny przypadek ropienia ranki po irydektomii. U innego chorego, izraelity, wykonano z powodu jaskry prostéj (niezapalnéj), zresztą niepowikłanéj, irydektomiję na oku, które miało tylko poczucie światła. Po operacyi wystąpiły objawy zapalenia plastycznego, tylne przyczepiny a późniéj zapalenie ciałka rzęskowego. Oko uległo zanikowi. Z tém większą oględnością przystąpiono do operacyi drugiego oka. Wziernik wykazał głębokie wydrążenie tarczy nerwu wzrokowego przy zupełnie przeźroczystych środkach łamiących. Tęczówka była prawidłowa tak pod względem utkania jak i oddziaływania na światło, bystrość zaś wzroku równała się $^{6}/_{36}$. Po prawidłowo wykonanéj operacyi powstało i na tém oku, podobnie jak na poprzednio operowaném, zapalenie tęczówki i ciałka rzęskowego z następowym zanikiem gałki ocznéj. Napięcie oczu przed operacyją było prawidłowe. Opisanie szczegółowe tego przypadku, z wielu względów ciekawego, zachowuję sobie na późniéj.

Z wyjątkiem tych trzech przypadków we wszystkich innych, w których wykonano irydektomiję z powodu jaskry, wynik w chwili opuszczenia kliniki odpowiadał rokowaniu, chociaż w kilku przypadkach po jakimś czasie okazała się potrzeba ponownego wykonania operacyi. Wspomnieć tu muszę jeszcze o jednym przypadku, w którym wykonano irydektomiję w oku, które skutkiem jaskry utraciło już poczucie światła a to celem zapobieżenia bólom w przyszłości. Po prawidłowéj operacyi wystąpiły dość ostre objawy zapalne, wrośnięcie tęczówki w rankę i wydęcie téjże. Po trzech tygodniach oko zbladło a pozostały tylko tylne przyczepiny jako resztki pozostalego zapalenia. Chorą widziałem jeszcze raz w półtrzecia roku po operacyi. Stan oka wcale się nie zmienił, a bólów w oku operowaném nie było. Wyniku téj operacyi niepomyślnym nazwać nie można.

Co się tyczy technicznego wykonania irydektomii w przypadkach jaskry, to we wszystkich, w których jeszcze poczucie światła było zachowane, udało się wycięcie tęczówki należycie. Szerokość sztucznéj szczeliny wynosiła 2 do 5mm. zaraz po wykonaniu operacyi, a 3 do 6mm. w kilka dni późniéj. Szczególnie w tych przypadkach, w których przed operacyją zapuszczano ezeryn, wydawało się bezpośrednio po jéj wykonaniu, jakoby wycięta część tęczówki była za wąską (2mm.). Późniéj jednakowoż szczelina sztuczna miała należytą szerokość a z tych przypadków, w których po jakimś czasie operacyję powtórzyć wypadło z powodu pojawienia się objawów jaskrowych, w jednym tylko poczytać można było zbyt wąską szczelinę sztuczną za przyczynę re-

cydywy. W przypadkach natomiast, operowanych już po utracie poczucia światła, nie dało się trzy razy wyciąć tęczówkę. Dwa razy ukazało się ciałko szklane w rance, a w jednym przypadku, operowanym przez sprawozdawcę, oderwała się tęczówka po uchwyceniu szczypczykami haczykowatemi od brzegu rzęskowego, tak, że powstało całkowite jéj oderwanie (*iridodialysis*). Tęczówka była w tém oku w wysokim stopniu zanikła a soczewka zaćmiona. Ponieważ w tym przypadku operowano z powodu bólów, które po operacyi zupełnie ustąpiły (widywałem tego chorego późniéj często w klinice ruchoméj), więc i tym razem osiągnięto cel mimo wadliwego wykonania operacyi. Na 77 wreszcie przypadków, w których wykonano irydektomiję z powodu jaskry, a w których dokładnie jest opisany w protokołach klinicznych stan oka przy wyjściu, była ranka w 17 przypadkach trochę jeszcze wydęta, a w ośmiu z nich wrósł przynajmniéj jeden koniec tęczówki w rankę.

Przez jakiś czas zapuszczano ezeryn przed wykonaniem irydektomii obok innych także i w tym celu, aby skurcz zwieracza źrenicy zapobiegł opadnięciu tęczówki lub końców téjże w rankę. Mogę jednakże twierdzić, że zapuszczanie ezerynu przed wykonaniem operacyi do osiągnięcia tego celu się nie przyczynia. Na to, aby źrenica rodzima razem ze szczeliną sztuczną miała po operacyi postać dziurki od klucza, wpływa wykonanie operacyi, a mianowicie ta okoliczność, aby wycięcie tęczówki nastąpiło w chwili największego téjże naprężenia. W razie zachowania téj ostrożności sprężystość tęczówki i skurcz mięśni tęczówkowych wystarczą najczęściéj, aby się końce tęczówki z ranki wycofały. Jeżeli się to nie uda podczas operacyi, otwór źreniczny nie będzie już miał późniéj postaci wspomnianéj. Odprowadzanie opadłych w rankę końców tęczówkowych pozostaje najczęściéj bez skutku a może dać powód do ropienia lub zapalenia tęczówki, pomijając już niebezpieczeństwo obrażenia torebki.

Zapuszczanie ezerynu przed irydektomiją wykonaną z powodu jaskry ma następujące korzyści: 1. Wyjaśniając ciałko szklane na jakiś czas poprawia bystrość wzroku, tak, że już przed operacyją możemy dokładniéj oznaczyć, jaką bystrość wzroku chory odzyska po operacyi. Wskazówka ta jest bardzo ważną, gdyż ułatwia rokowanie i ma wielką praktyczną doniosłość. Jeżeli ezeryn zapuszcza się w przypadkach jaskry zapalnéj dość energicznie przed operacyją, tak, że ciałko szklane się wyjaśni, to bystrość wzroku wzmaga się zazwyczaj do tego stopnia, że nawet po najdokładniéj wykonanéj irydektomii już się bardziéj nie poprawi. Chociaż bowiem irydektomija przyczynia się do całkowitego wyjaśnienia ciałka szklanego, a usuwając objawy przekrwienia i ustalając stan oka sprowadzi dalszą jeszcze poprawę wzroku, to korzyści te równoważy znów ujemny wpływ, jaki na bystrość wzroku wywierają olśnienie skutkiem szerokiéj sztucznéj szczeliny i niezborność powstająca po operacyi. Zdanie wyżéj wypowiedziane stwierdziłem całym szeregiem przypadków, chociaż nie przeczę, że są także wyjątki. 2. Ezeryn zwężając źrenicę zabezpiecza przodkową torebkę od obrażenia, co przecież niekiedy najwprawniejszym nawet zdarza się operatorom. 3. Obniżając ucisk śródoczny wpływa korzystnie na odżywienie tęczówki, skutkiem czego jéj tkanina staje się sprężystszą i mięsistszą, łatwiéj więc można ją uchwycić i poza rankę wyciągnąć, co znów nałeżyte jéj wycięcie ułatwia. Do ujemnych zaś własności ezerynu policzyć należy to, że tęczówka po zapuszczeniu ezerynu broczy. Nie zawsze udaje się wydalić z przodkowéj komórki krew, któréj wessanie trwa następnie tém dłużéj, im dłużéj choroba trwała a odżywianie oka bardziéj ucierpiało. Krew działając drażniąco może nawet stać się powodem zapalenia tęczówki i wytworzenia się tylnych przyczepin. Wspomnieć tu muszę, że w dwóch przypadkach, w których irydektomiję z powodu jaskry wykonano, a w których po operacyi wytworzyły się tylne przyczepiny, zapuszczono poprzednio ezeryn a tęczówka broczyła mocno po dokonanéj operacyi. Nasuwa się więc myśl, ażali ezeryn nie przyczynił się do tego, a pod tym względem należałoby dalsze czynić spostrzeżenia.

Wyniki irydektomij wykonanych z powodów optycznych jeszcze trudniéj byłoby ująć w wykaz ogólny, niż wyniki irydektomij, wykonanych z powodu jaskry, gdyż każdy właściwie przypadek wymagałby szczegółowego opisania, aby zrozumieć, o ile wycięcie tęczówki do poprawy bystrości wzroku przyczynić się mogło. W pięciu rozpaczliwych przypadkach wykonano naprzód przecięcie mięśnia prostego górnego a następnie na tém samém oku irydektomiję optyczną. Skutkiem ospy uległa w tych przypadkach jedna gałka oczna zanikowi, na drugiém zaś oku ropienie zniszczyło rogówkę, tak że pozostał, jak to zwykle w takich razach bywa, tylko górny skrawek téjże mający tylko około 3 milimetrów szerokości, przyczém i krzywizna ocalałéj części rogówki była zmniejszona. W czterech z tych przypadków udało się wprawdzie wyciąć tęczówkę, tak, że utworzono szczelinę sztuczną, przez którą dostateczna ilość światła do oka dostawać się mogła, mimo to przecież rzeczywistéj poprawy bystrości wzroku nie uzyskano. W najpomyślniejszym z tych przypadków chory przed operacyją widział tylko ruchy ręki w odległości jednego metra, po operacyi zaś liczył palce niepewnie w odległości $^3/_4$ metra. Rozpaczliwy stan tych chorych, którzy przed niedawnym czasem jeszcze widzieli, zniewala niejednokrotnie operatorów, pomimo zrobionych pod tym względem doświadczeń, do wykonania irydektomii optycznéj z wątpliwą atoli dla chorych korzyścią. Przypadki te potwierdzają zdanie, które Arlt wypowiedział: „że irydektomija optyczna bystrości wzroku nie poprawi, jeżeli pozostała część rogówki nie równa się przynajmniéj jednéj trzeciéj części téj błony i nie ma prawidłowéj krzywizny.“ Chociaż bowiem uda się utworzyć nową obwodową źrenicę, promienie światła, które przez nią przechodzą, doznają z powodu obwodowego położenia i spłaszczenia rogówki a wreszcie i zaćmienia miąższu téjże, które najczęściéj w takich przypadkach napotykamy, tego rodzaju rozprószenia i tak nieprawidłowego załamania, że o wytworzeniu się wyraźnego obrazu na siatkówce nawet myśleć nie można.

W innych przypadkach, w których wykonano irydektomiję optyczną, uzyskano bardzo pomyślne wyniki. Do najpomyślniejszych zaliczyć należy te, w których skutkiem przewlekłego zapalenia tęczówki powstały złogi barwika i błony wypocinowe w źrenicy, lub skutkiem wrzodów obwodowych w rogówce wrośnięcie tęczówki w bliznę. W jednym z tych ostatnich, w którym chory przed operacyją miał tylko poczucie światła, po operacyi bystrość wzroku równała się $^6/_9$.

To co o trudnościach ujęcia w ogólny wykaz irydektomij optycznych powiedziałem, tyczy się w wyższym jeszcze stopniu irydektomij wykonanych w przypadkach spraw zapalnych tęczówki, ciałka rzęskowego i naczyniówki. Nie wchodząc w szczegółowy opis przypadków możnaby je według

wyników podzielić na trzy gromady. Do pierwszéj należą te przypadki, w których poprawę spodziewaną przed operacyją osiągnięto po jéj wykonaniu; do drugiéj te, w których operacyja pozostała bez skutku, w tych przypadkach najczęściéj powtórzono irydektomiję; a wreszcie do trzeciéj te przypadki, w których po operacyi nastąpiło zaostrzenie sprawy zapalnéj. Na pierwszą gromadę przypada 84%, na drugą 13·5%, a na trzecią 2·5%.

II. Nowsze wskazania do uretrotomii zewnętrznéj.

(Wykład miany na IV Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu).

Podał prof. Dr. A. **Obaliński** w Krakowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 25).

Jakkolwiek takie rozszerzanie na tępo w zupełności zasługuje na uznanie, czego dowodem jest skuteczność jego w bolesnym skurczu łatwo dostępnéj szyi pęcherzowéj u kobiet, to jednak zupełnie zgadzam się ze zdaniem Voillemiera i le Dentua, którzy powątpiewają w skuteczność tych narządów u mężczyzn z téj prostéj przyczyny, iż on działa bez kontroli wzroku i czucia, co łatwiéj sprawi, iż szyja usunie się przed rozszerzaczem niż jemu ulegnie. Po wykonaniu zaś uretrotomii zewnętrznéj możemy z łatwością dostać się palcem do szyi pęcherza i tak samo ją rozszerzyć jak u kobiet.

2) W kilka tygodni późniéj przywieziono do mego oddziału 70-letniego starca w stanie bardzo rozpaczliwym z powodu bolesnego zupełnego zatrzymania moczu. Opowiada on, że już raz przed ośmiu laty tak samo cierpiał, że jednak po kilkakrotném założeniu cewnika mocz znów dobrze odchodził, tylko częściéj niż w stanie prawidłowym. Przed tygodniem zatrzymał mu się mocz bez wiadoméj przyczyny tak, iż odtąd musiano mu dwa razy dziennie odprowadzać mocz za pomocą cewnika metalowego, przyczém zawsze pokazywać się miała krew. Zaraz po przybyciu do szpitala wprowadził mu lekarz oddziałowy cewnik metalowy Nr. 20 Char. z łatwością, lecz mimo to mocz nie odpływał, a jak się po wydobyciu cewnika pokazało, z powodu starych skrzepów oka cewnika szczelnie zatykających. Gdy kilkakrotne próby z wszelką ostrożnością przedsięwzięte nie doprowadziły do celu, pozostawił on chorego w spokoju aż do mego przybycia a to tém bardziéj, że działo się to o siódméj rano, a więc bezpośrednio przed rozpoczęciem wizyty porannéj.

Przybywszy do chorego przypomniałem sobie przedewszystkiém, że go już raz leczyłem w szpitalu z powodu zatrzymania moczu wywołanego przerostem gruczołu krokowego a dowiedziawszy się o szczegółach powyżéj wspomnianych, znalazłem przy badaniu bardzo znaczne wysadzenie okolicy podpępkowéj przedstawiające się przy obmacaniu jako bolesna kulistość, którą palcem do rzyci wprowadzonym również wybadać można. Ponieważ chory doznawał bardzo znacznego bólu, przystąpiłem natychmiast do zaprowadzenia cewnika, przyczém jednak sprawdzić mogłem tylko to, co mi już poprzednio opowiedział lekarz pomocniczy. Mając więc do czynienia z krwią nagromadzoną w pęcherzu moczowym, prawdopodobnie od obrażenia sterczącego do szyi pęcherza płatu gruczołowego pochodzącą, musiałem się zastanowić, co daléj czynić wypada.

Wiadomo ogólnie, że w obec krwi nagromadzonéj w pęcherzu najlepiéj jest zachowywać się wyczekująco i podawać płyny w wielkiéj ilości, przez co skrzepy ciągle w dopływającym moczu się rozpuszczają i odprowadzenie ich staje się łatwiejszém. Tutaj jednak mowy o podobném postępowaniu być nie mogło w obec zatrzymania moczu a ztąd znacznych bólów. Postanowiłem przeto wydobyć skrzepy przez aspiracyję za pomocą dobrze ciągnącéj i do cewnika ściśle przystającéj strzykawki, lecz i te usiłowania okazały się bezskutecznemi. Również bezskuteczną okazała się aspiracyja za pomocą aspiratora Potaina, którego cienki trójgraniec wkłółem po nad spojeniem łonowém. W końcu wprowadziłem najgrubszy cewnik służący jako ewakuator (Nr. 28 Char.) i dopiero w ten sposób udało mi się odprowadzić mocz krwawy wraz z wielką ilością skrzepów, przyczém zauważyłem, że prawie cały cewnik aż po pawilon musiał być wprowadzonym, co również za przerostem gruczołu krokowego przemawiało. Usunąwszy około litra moczu sądziłem, że może na pewien przeciąg czasu będzie spokój i że skrzepy rozpłynąwszy się tymczasem w moczu nie będą stawiać dalszych przeszkód. Lecz obliczenia moje nie sprawdziły się, gdyż już po pięciu godzinach przysłano po mnie celem ulżenia choremu wijącemu się z bólu w łóżku. Gdy zaś tym razem i ewakuator po kilkakroć zakładany zawiódł, nie pozostało mi nic innego, jak otworzyć pęcherz czy to za pomocą cięcia nadłonowego czy téż bocznego (*sectio lateralis*), jak to zresztą radzą chirurgowie francuscy w takich razach.

Zastanawiając się nad sposobem, którego mam w obecnym przypadku użyć, przyszło mi na myśl, czyby nie wystarczyło wykonać poprostu uretrotomiję, za pomocą któréj powinienby się dać pęcherz dobrze oczyścić ze skrzepów a cewnik tędy zaprowadzony powinienby zabezpieczyć odpływ dla moczu i spokój potrzebny do zatamowania krwotoku. Ponieważ ten sposób wydał mi się najprostszym a przytém dosyć pewnym, przystąpiłem natychmiast do wykonania. Po zachloroformowaniu przeciąłem kilkoma cięciami cewkę w jéj części błoniastéj na przewodniku poprzednio w nią włożonym w długości 3 cm. i wprowadziłem palec wskazujący ręki lewéj przez ranę w kierunku ku pęcherzowi, przyczém się przekonałem, że część krokowa cewki znacznie została zmienioną skutkiem przerostu gruczołu krokowego, który ją spłaszczył z boków i wydłużył ku górze. Tą samą drogą wprowadzony cewnik Nr. 28 Charrièra odprowadził natychmiast mocz krwawy pomięszany z wielką ilością starych skrzepów.

Objawu tego nie mogę sobie inaczéj wytłumaczyć, jak że cewnik zwykłą drogą wprowadzony dostawał się do pęcherza przez wystającą a rozpulchnioną część przerosłego płatu gruczołu krokowego i zatykał się natychmiast krwią skrzepłą, która nie przepuszczała więcéj moczu z pęcherza, podczas gdy tenże sam cewnik wprowadzony do pęcherza przez ranę na międzykroczu pod przewodnictwem palca wskazującego mógł z łatwością omijać owe szkopuły. Przypuszczenie to nabiera tém większego prawdopodobieństwa, gdy uwzględnimy, że owa niemożność odciągania moczu u naszego chorego drogą zwykłą utrzymywała się jeszcze przez długi czas przy równoczesnéj skuteczności cewnika wprowadzonego przez ranę na międzykroczu.

Z dalszego przebiegu wyszczególnię tylko, że mocz odpływał za pomocą drenu Löbkera swobodnie do naczynia pod łóżkiem ustawionego, że po kilku dniach stał się bezkrwawym, że przy użyciu jednoprocentowego rozczynu kwasu borowego tak wewnętrznie jak i miejscowo odczyn jego zmienił się z alkalicznego na kwaśny, a w końcu, że po

upływie dni czternastu udało się wreszcie po raz pierwszy odprowadzić mocz drogą zwykłą cewnikiem Nélatonowskim. Z końcem czwartego tygodnia zagoiła się rana zupełnie i chory zaczął oddawać mocz dobrowolnie. Przy uwolnieniu go z zakładu poleciłem jednakże choremu, aby przez dłuższy jeszcze czas dwa razy dziennie zaprowadzał sobie cewnik i pęcherz przemywał.

Przytaczając świetny wynik terapii w niniejszym przypadku nie jestem pewnym, czy proponowana przezemnie metoda będzie w każdym innym przypadku podobnie skuteczną, w każdym razie polecam ją szanownym Kolegom do dalszego wypróbowania jako metodę przez nikogo dotąd niepodaną, łatwą do uskutecznienia i mało nadwerężającą.

III. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

O stosowaniu leczniczém nowéj soli karlsbadzkiéj i zachowaniu się téjże w przewodzie pokarmowym.

Podał na podstawie doświadczeń klinicznych
Dr. W. Jaworski,
Docent Uniwersytetu Jagiell.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 25).

2. Znikanie węglanu sodowego ze żołądka nie idzie w parze ze znikaniem siarkanu sodowego, gdyż część kwaśnego soku żołądkowego zostaje zobojętnioną, znaczniejsza zaś ilość zostaje wessaną. Brak węglanu sodowego w żołądku objawia się oddziaływaniem obojętném lub kwaśném treści żołądkowéj. Znikanie węglanu sodowego może posłużyć za względną miarę chyżości i obfitości wydzielania się kwasu żołądkowego; im prędzéj pojawia się kw. żołądkowy, tém wydzielanie jego będzie energiczniejsze. Po uwzględnieniu czasu potrzebnego do wystąpienia soku kwaśnego po użyciu 5 gm. soli przedstawiają się np. stosunki w przypadkach I. 3, 4, V. 27, VI. 32. 33, że ta dawka w przeciągu pół godziny nietylko zobojętnioną została, lecz nadto jeszcze znaczna ilość wolnego kw. solnego się wydzieliła, podczas gdy w tym samym czasie obecność siarkanu sodowego jeszcze wyraźnie wykazać się daje.

Przy dawkach zaś 10gmowych w przypadkach, w których badana treść wykazała wysoką kwasotę (I. 7, II. 12, III. 19,) zobojętnienie następowało w przeciągu jednéj godziny, podczas gdy w przypadku X. 58, XI. 62, XII. 65, 66, XIV. 74, XV, 76, w których sok zawierał mało kwasu lub nawet oddziaływał alkalicznie, węglan sodowy daleko dłużéj, niż po jednéj godzinie, gdyż w przyp. X. 58 jeszcze po 6 kwadransach pozostawał w żołądku, i nietylko znacznym stopniem alkaliczności, lecz nawet jeszcze burzeniem po dolaniu kw. solnego się objawiał.

3. Powyższe zachowanie się węglanu sodowego w żołądku wykazuje, że sól karlsbadzka w wysokim stopniu pobudza błonę śluzową do wydzielania kwasu, który nietylko służy do częściowego zobojętnienia rozczynu soli karlsbadzkiéj, ale nadto, jak wykazują dośw. I. 7, IV. 27, VI. 5, IX. 49, znaczna ilość kw. żołądkowego wolnego się wydziela, co znaczy, że pobudzenie błony śluzowéj do wydzielania jeszcze i po zniknięciu soli karlsb. ze żołądka trwa dłużéj i silniéj, niż np. po stosowaniu wody lodowéj metodą Leubego (Przegląd Lek. 1884 p. 213. Nowy przyczynek do metod badania chorób żołądka. Dr. Gluziński i Dr. Jaworski), tak że np. w dośw. XIII. 71, 72, gdzie pierwotnie sok żołądkowy oddziaływał alkalicznie, w pół godziny po zadaniu soli karlsb. stał się kwaśnym. Jak długo to pobudzenie po zażyciu soli trwa, uczą przypadki I 7, 8, VI. 32—36, IX. 49, 50, w których sól karlsbadzka znikała ze żołądka po 4 kw. pozostawiając wysoką kwasotę wzrastającą stale w pierwszym przypadku do 4, a w drugim do 6 kwadransów, a stąd (VI. 36,) kwasota stała się o wiele mniejszą, niż była w żołądku czczym przez podrażnienie wodą lodową. Mylne więc jest mniemanie, polegające na teoretyczném przypuszczeniu, że sól karlsbadzka a względnie alkalia zobojętniają kwas w żołądku, owszem przeciwnie ma się rzecz, one zwiększają kwasotę treści żołądkowéj. Jak pouczają doświadczenia I. 2, II. 10, IV. 21, trawi rozwodniona treść żołądka czczego, jeżeli tylko w niéj jest dostateczna ilość kw. solnego (przynajmniéj 4 cm. sz. dziesiętnonormalnego kw. solnego na 100 cm. sz. płynu), krążek białka gotowanego w przeciągu 2—7 godz. Jeżeli treść jest alkaliczną, to trawienie białka również następuje, lecz dopiero po zakwaszeniu kw. solnym X. 52. XII. 63, XIII. 67, XIV. 73, XV. 75, zawsze więc zawiera treść żołądka sama dla siebie pepsynę, o czém jeszcze na wielu innych przypadkach z Drem Gluzińskim mieliśmy sposobność przekonać się. Po wlaniu rozczynu soli do żołądka rzecz się zupełnie zmienia. Nietylko bowiem kwas zostaje zobojętniony, lecz doświadczenia IX. 13, III. 16, 17, VIII. 41—43, IX. 47, 48, X. 52, 54, 58, wykazują, że treść ze żołądka aspirowana pomimo zakwaszenia kw. solnym już więcéj nie peptonizuje. Szczególniéj pouczający jest przypadek IV. 22, 23, w którym wlano 5 gm. soli karlsb. na 250 wody przekroplonéj, i zaraz aspirowano; otrzymana treść po zobojętnieniu i zakwaszeniu nie wykazywała ani śladu własności trawiących. A nawet chociaż po niejakim czasie w dośw. I. 7, VI. 32, 33, IV. 24, VI. 32, kwasota soku żołądkowego powróciła i sok żołądkowy znów silnie stał się kwaśnym, nie ma on jeszcze własności trawiących i jak długo jeszcze w soku żołądkowym daje się wykazać siarkan sodowy w znaczniejszéj ilości, jak w dośw. II. 13, III. 16, 17, IV. 24, VI. 32, 33, VII. 38, VIII. 41—44, IX. 46, X. 53, 55, XI. 62, XII. 64, XIII. 68, XIV. 74, trawienie jego jest upośledzone, albo i po 24 godz. nawet po dodaniu kw. solnego do mięszaniny trawiącéj nie następuje. Z dośw. XIII. 67, 68, 70, jest widoczném, że i obecność węglanu sodowego, mierzona alkalicznością treści żołądka, wpływa na siłę trawiącą niszcząc pepsynę. Największa alkaliczność, przy jakiéj po zakwaszeniu kw. solnym treść żołądka nabywa jeszcze siły trawiącéj, wynosiła 4 cm. sz. dziesiętnonorm. kw. solnego na 100 cm. treści żołądkowéj, co znaczy, że sok żołądkowy alkaliczny może zawierać jeszcze ferment trawiący. W ogóle pokazuje się, że sól karlsb. w pierwszych chwilach w dawce do dośw. używanéj niszczy ferment trawiący całkowicie, co przypisać należy obecności węglanu sodowego, a co dla sztucznych trawień zauważaném zostało przez Langleya (*Centralblatt f. med. Wissenschaften* 1882 p. 691), a mianowicie że rozczyn 1% węglanu sodowego wyciąg błony śluzowéj żołądka świni zupełnie pozbawił siły trawiącéj. Dopiero po niejakim czasie występuje znów wydzielanie fermentu trawiącego, lecz w nierównéj mierze, jak wydzielanie kw. żołądkowego, z czego wynika, że czynność elementów wytwarzających ferment w daleko wyższym stopniu zostaje upośledzoną, niż wydzielających kwas, i że te pod względem morfotycznym są od siebie oddzielone. Ferment, a względnie sok trawiący występuje u różnych osób po różnym czasie: u osób, u których treść czczego żołądka była pierwotnie

kwaśną i sama przez się trawiła, wystąpił sok peptonizujący w dawkach 5gmowych dopiero po 4 kwadransach; tylko w jednym przypadku I. 3, 4, nadmiarowego wydzielania się kw. solnego, okazał się sok żołądkowy już po 2 kwadransach trawiący jednak jeszcze bardzo powolnie; w jednym przypadku nastąpiło to dopiero po godzinie, a u reszty po 6—8 kwadransach.

Przy stósowaniu téj saméj dawki u osób, których sok żołądkowy był słabo kwaśny lub alkaliczny, czas występowania soku, po dodaniu kw. solnego, trawiącego, był mniéj więcéj taki sam, jak i w przypadkach poprzedzających. W dośw. X. 54, XIII. 68, 71, otrzymano treść trawiącą po zakwaszeniu już po upływie 2 kwadransów, w innych dopiero po upływie 4—6 kwadransów; w kwadrans zaś po zadaniu soli karlsbadzkiéj wyciągnięta treść (IV. 23, X. 53) nie peptonizowała, tylko białko rozpuszczała.

Stósując zaś dawki 10gmowe odmienny wynik otrzymujemy. U osób, u których treść czczego żołądka była mocno kwaśną, i sama dla siebie już trawiła, tylko w dwóch dośw. IX. 49, V. 29, po zadaniu soli można było otrzymać treść po 6 kwadransach i to bardzo powolnie trawiącą. W innych doświadczeniach I. 7, IV. 24, pomimo dostatecznéj kwasoty nie trawiła. Podobnie u osób z treścią żołądka słabo kwaśną, lub alkaliczną (XII. 66, XIII. 72), dawki dziesięciogramowe wydały sok albo tylko bardzo słabo, albo wcale nie peptonizujący. Wynika ztąd, że większe dawki soli karlsb. trawienie żołądkowe w wysokim stopniu upośledzają, jak to najwybitniéj okazuje się z porównawczego dośw. II. 12, 13, 14, w którym treść żołądka po wprowadzeniu wody przekroplonéj aspirowana dobrze trawiła, po użyciu zaś rozczynu soli w téj saméj ilości wody już tylko bardzo słabo.

4. Sposób więc działania soli karlsb. na czynność wydzielniczą błony śluzowéj żołądka przedstawia się przy prawidłowej sekrecyi w ten sposób, że w pierwszéj chwili następuje silne podrażnienie jej do wydzielenia kwasu, który jak długo jeszcze istnieje węglan sodowy w żołądku, zostaje zużyty do zobojętnienia tegoż. Jednak zadrażnienie do wydzielania ze zobojętnieniem soli nie ustaje, lecz daléj się wzmaga, i jak pouczają doświadczenia VI. 35, 36, IX. 49, 59, dochodzi po sześciu a w przyp. I. 7, 8 już po 4 kwadransach do *maximum*, a potém nagle, gdyż po dwu kwadransach zupełnie opada, także należy przypuścić, że podrażnienie błony śluzowéj do wydzielenia kw. żołądkowego pod wpływem soli karlsb. nie trwa w prawidłowych stosunkach i średnich dawkach (5 do 10 gm.) dłużéj nad 2 godziny. Pepsyna podobnież, jak i kwas solny zostaje działaniem soli karlsb. zniszczoną; dopiero gdy treść staje się obojętną, trawiący ferment zaczyna się wydzielać, lecz nie dosięga równocześnie z wydzielaniem kwasu swego *maximum*, lecz o wiele późniéj, gdyż n. p. w przyp. I. 7, 8, i IX. 49, 50, *maximum* kwasoty zostało osiągnięte po 4 i 6 kwadransach, podczas gdy *optimum* siły trawiącej nie doszło jeszcze do pierwotnéj miary; w ostatnim przypadku przy *maximum* kwasoty treść żołądkowa nawet nie trawiła, jak gdyby w niéj wcale pepsyny nie było. Jedna okoliczność zasługuje tu na uwagę i jest trudną do wytłumaczenia, dlaczego n. p. w dośw. I. 7, ten sam kw. żołądkowy przy tak wysokiej kwasocie sam zupełnie nie trawił, po dodaniu zaś kropli kw. solnego krążek zpeptonizował; czy może znajdował się tu pierwotny kw. solny jeszcze w jakim związku, w którym nie wpływa na trawienie?

5. Większe lub powtarzane dawki soli karlsbadzkiéj opaźniają w wysokim stopniu wydzielanie soku trawiącego. W doświad. X. 54, 5-gmowa dawka soli została zupełnie zobojętnioną w przeciągu 2 kwadransów i treść aspirowana trawiła białko; gdy zaś wprowadzono tę samą ilość soli karlsb. do żołądka wypłukanego od poprzedzającéj dawki soli X. 55, to po 2 kwadransach wykazała treść żołądka znaczną alkaliczność, nietrawiła wcale. To samo powtórzono w doświadczeniu X, 53, 56, wprawdzie po trzech kwadransach 5gmowa dawka soli została zobojętnioną, lecz treść jéj wcale nie trawiła. W dośw. XII. 65, 66, zaś raz po dawce 5, drugi raz po dawce 10gm., wystąpiła treść w obydwu doświadczeniach o tej samej alkaliczności, lecz treść po dawce 5gmowej o wiele prędzej białko trawiła, niż po dawce 10gmowej. Pokazuje się stąd, że sól karlsb. sprawia znużenie narządu wydzielniczego, jeżeli dawki są większe lub powtarzane. (C. d. n.)

IV. Kazuistyka lekarska w Turcyi.

Zebrał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 24).

Przyczyną prawdziwie oryginalną, sprzyjającą powstawaniu na Wschodzie pewnych stanów chorobowych skóry, jest nakłuwanie wyłącznemi igłami pewnych okolic ciała, mianowicie zaś przedramion, w celu pozostawienia niezgładzonych śladów pewnych najprzód obmyślanych rysunków. Nakłuwanie to, czyli „tatuowanie“, praktykowane wyłącznie przez plemiona arabskie i pielgrzymów odwiedzających Mekkę i Palestynę, dostało się tu od Persów i Indyjan przybywających do Kerbeli dla uczczenia grobów wspólnych męczenników religijnych Hussejna i Hasana. Do Palestyny zaś zwyczaj ten został przeniesiony przez Arabów i tutaj jako sposób bardzo praktyczny do zaznaczenia pobożnych pielgrzymów, przyjęty przez chrześcian rozmaitych odcieni od czterech wieków jest praktykowany z największą popularnością. Wykonywane z razu przez pojedyncze osoby wyłącznie do tego uzdolnione, a jak u muzułmanów to i przez stare kobiety, z biegiem czasu tatuowanie stało się przywilejem całych korporacyj majstrów, jednych bardzo zręcznych w tego rodzaju praktyce, drugich prawdziwych partaczy, aż wreszcie zyskało sobie prawo obywatelstwa ustalenia się przy kościołach i klasztorach wyłącznie greckich, gdzie też praktykują je z całą swobodą, i z widoczną korzyścią dla poważnych członków klasztornych korporacyj. Nie wiele byłoby do zarzucenia, gdyby w praktyce tego rodzaju piętn pamiątkowych nie odgrywała pewnéj roli i zła wola znaczących. Bo jeżeli u muzułmanów, a głównie u ich kobiet, nakłuwanie skóry i barwienie nakłuć rozmaitemi kolorami, uważane za ozdobę zajmuje zwykle bardzo małe przestrzenie, to przeciwnie u chrześcijan prawosławnych często całe przedramię tatuowane nie rzadko staje się przyczyną wystąpienia przykrych objawów chorobowych. Sposoby używane do nakłuwań są rozmaite. Cała jednak rzecz zależy na tém, ażeby nakłute zarysy gwiazd, kwiatów, krzyża itp. uczynić niezgładzonemi, i o ile można wyraźnemi w swych barwach: fijoletowéj, czerwonéj i żółtéj. Do tego więc, prócz już wspomnianego nakłuwania igłami, używane są istoty barwikowe, a dla ich ustalenia proch spalony zwykle na zajętéj nakłuciami przestrzeni. Jako istoty barwikowe są zwykle używane indygo, karmin, szafran i kurkumina. Bardziéj zaś postępowi operatorzy posługują się także barwikami anilinowemi. Stosownie więc do jakości i ilości wpro-

wadzonego barwika, w miarę tego, czy igły użyte do nakłuć są stalowe i czyste, występują objawy chorobowe lub też nie. O tyle też również podrażnienie skóry bywa silniejszém, o ile nakłucia były gęstsze i o ile obraziły głębsze warstwy skóry. Wytrwali pielgrzymi, w których liczbie głównie figurują Rosyjanie, Ormijanie i Grecy, z wielką cierpliwością znoszą zwykle nakłucia i tylko spalenie prochu sprawia im ból bardziéj dotkliwy. W pierwszych dniach po dokonaném tatuowaniu, prócz zaczerwienienia skóry przedstawiającéj wejrzenie lekkiego oparzenia, nic więcéj nie daje się zauważyć. Wywołane nakłóciem podrażnienie i wprowadzone do małych ranek barwiki widocznie że potrzebują czasu do przyswojenia się. Dopiero więc po kilkunastu dniach a często po upływie miesiąca, jeżeli ranki w istocie zostały zanieczyszczone, zwykły występować pierwsze pojawy cierpienia skóry, cechujące się opuchnięciem całéj przestrzeni lub tylko jéj wybrzeży, głęboko sięgającém zaczerwienieniem zapalném, różą, następowém owrzodzeniem, stwardnieniem naskórka, a w dość częstych przypadkach i wypryskiem. Oryginalną cechą tych objawów jest występowanie ich pojedynczo lub całemi grupami, u osób napiętnowanych tym lub owym kolorem. I tak u naznaczonych kolorem żółtym, róża, stwardnienie skóry i wyprysk. Pośród tych ostatnich zauważałem przypadki, gdzie sprawa zapalna była tak silną, że wywoławszy zgorzelinę stała się przyczyną nie tylko zniszczenia tego pamiątkowego obrazku, ale jeszcze naraziła cierpiącego na utratę prawéj odnogi górnéj. Że zaś operacyja tego rodzaju zabobonnego piętnowania zwykła się odbywać po klasztorach, a zatém z zachowaniem pewnéj tajemniczości, więc też i wystąpienie pierwszych pojawów zapalnych zwykle uchodzi uwagi. Wprawdzie pieczołowici mnisi nie zaniedbują uprzedzić swych klijentów (składających ofiary pewnego znaczenia), że chęć wywiezienia z Palestyny pamiątkowego piętna może narazić na konieczne przebycie pewnych cierpień, wszystko to nie powstrzymuje pobożnych pielgrzymów, nieraz błagających jeszcze, ażeby wbijano im igły z większą energiją i wprowadzano większą ilość barwika! Dopiero w czasie powrotu a mianowicie po przybyciu do Smirny lub Konstantynopola zmienia się usposobienie pielgrzymów i występujące powikłania, róża i wyprysk, zmuszają ich do szukania pomocy lekarskiéj. Zbyteczna dodawać, że traktowanie przypadków tatuowania powikłanych ze stanami chorobowemi skóry jest bardzo pojedynczém. Ograniczenie sprawy zapalnéj, usunięcie wyprysku, stósowne działanie przeciwko wysokiemu stopniowi podrażnienia skóry, oto najgłówniejsze wskazania. Bo do zgładzenia samego piętna a przynajmniéj częściowego usunięcia wprowadzonego barwika prócz ciasta wiedeńskiego nie posiadamy żadnego lepszego sposobu. Nie znam jednak pielgrzyma, któryby się poddał podobnemu leczeniu.

Jeżeli guz alepski lub bagdadzki jest cierpieniem panującém wyłącznie pośród plemion zalegających doliny Tygru i Eufratu, a trąd ogranicza się do południowych okolic Syryi, to stanem chorobowym dość interesującym pod względem swego umiejscowienia się jest tu rybia łuska. Przykłady jéj, uderzające swym rozwojem, charakterem dziedzicznym i rozmaitością form, przeważnie uważano pośród plemion albańskich, mianowicie u „Mirdytów“ i „Toska“ zamieszkujących przestrzenie w pobliżu Adryjatyku, od jeziora Skutarskiego aż do północnych stoków pasma górskiego zwanego „Aspropotamo“. Przyjmując za pewne, że rybia łuska jest chorobą przyrodzoną, nie podobna mi było w całéj wielkiéj ilości widzianych przypadków potwierdzić zdanie pewnych dermatologów, podających za jedyną przyczynę choroby niezwykły rozwój gruczołów skórnych. Nie należy wątpić, że u osób silnie zbudowanych z bogatą podściółką tłuszczową, sprawa rozwojowa gruczołów wydzielających treść naskórka, może dojść do niezwykłéj siły. Lecz właśnie u takich to osób rybia łuska zupełnie się nie zdarza. Przeciwnie bowiem, zwykła ona występować u osób mizernych, których siły ustrojowe zostały wyczerpane przebytemi długotrwałemi zimnicami, gdzie wszystkie wydzieliny gruczołów skórnych są bardzo ograniczone, a warstwy wchodzące w skład formacyi skóry są do tego stopnia zcieńczałe i wyschłe, że nie podobna nawet przypuścić, ażeby ich fizyjologiczna czynność przekroczyć mogła zakreślone sobie granice. Prócz więc wpływu dziedzicznego, prócz tylko co wspomnianéj wydzieliny gruczołów skórnych, widocznie że istnieje jeszcze inna przyczyna sprzyjająca, jeżeli już nie wyłącznie powstawaniu tego stanu chorobowego, to bezwątpienia wpływająca na jego postać. Przyczyną zaś tą, pospieszam dodać, są pewne zwyczaje plemion albańskich: zaniedbywania zupełnie higijeny skóry, unikania kąpieli, a głównie tradycyjny zwyczaj ubierania się w odzież wełnianą, która raz wdziana bez względu na porę roku pozostaje zawsze tąż samą, spiętą, obcisłą i zmienianą zaledwie parę razy do roku. Przy istniejącéj więc skłonności dziedzicznéj w skutek powstrzymanego lub tylko utrudnionego przewiewu skóry, nagromadzanie się warstw naskórkowych bywa ułatwioném i rozmaitość odmian chorobowych wytłumaczoną.

Wszystkie uważane tu przypadki rybiéj łuski, tak na północy jak i południu Albanii, przedstawiały się w dwóch głównych formach białéj i brunatnéj. Przypadki jednakże uważane na południu przeważnie należały do téj ostatniéj formy i występowały głównie u mężczyzn, podczas gdy pośród Mirdytów formę brunatną spotykaliśmy u ich kobiet, zastępujących zwykle mężczyzn we wszystkich robotach tak domowych jak i polnych, forma zaś biała częściéj widzieć się dawała u dorastającéj męskiéj młodzieży. Tak u jednych jak i drugich zwykle cała powierzchnia skóry, a nawet twarz, była siedliskiem choroby. Przykładów zaś, gdzieby choroba ograniczała się do pewnych okolic ustroju, nie uważano. Co do czasu powstawania obu tych form nic stanowczego nie podobna podać. W okolicach Elbasanu i Beratu, po nędznych górskich osadach, dają się spotykać całe gromady dzieci, od najwcześniejszego okresu życia dotkniętych już tém cierpieniem. Daléj między Dibbrą i Prysrendem dzieci bywają oszczędzane i najliczniejszą ilość przypadków przedstawia młodzież od 14—20 roku życia. Idąc bardziéj na południe pośród mieszkańców Mecowa i Zagoria, w osadach dolnych w pobliżu Janiny, widzimy, że kobiety i niemowlęta dają największy kontyngens. Faktem zaś dość ciekawym jest, że dziewczęta od dziecięctwa dotknięte rybią łuską, w miarę zbliżania się do okresu czyszczeń miesięcznych stopniowo doświadczają polepszenia stanu powierzchni skórnych. Wtedyto łuski znacznie się zmniejszają, przechodzą w stan mączysty, z brunatnych stają się białawemi i taki stan zwykł trwać trzy do czterech miesięcy, po upływie których choroba powraca znowu do pierwotnego stanu, nie tracąc nigdy cechy pierwotnego rozwoju. U kobiet zaś znajdujących się w przejściowym okresie życia, rybia łuska ulega także powolnéj zmianie. Jeżeli należała do formy białéj i była mączystą, to wtedy traci te cechy; sprawa tworzenia się łusek zwykle bywa opóźnioną, a same tworzą dość wy-

datny pokład warstwowaty, dość gruby i suchy. W ogóle też można powiedzieć, że choroba ta nie oszczędzając żadnego wieku, jest jednak prawie nieznaną mieszkańcom większych tutejszych miast. Kilka jéj przypadków uważanych pośród Izraelitów zamieszkałych w Prewezie, lecz przybyłych z pobliskiéj okolicy, można uważać tylko jako wyjątkowe, tak że tylko wieśniacy, górale, pasterze trzód i zajmujący się hodowlą koni w pobliżu Beratu, dostarczają największéj ilości przypadków rybiéj łuski. (C. d. n.)

V. Oceny i sprawozdania.

Nowsze piśmiennictwo psychijatryczne i sądowolekarskie

ocenił prof. Dr. **Blumenstok**.

II.

Prof. Dr. H. Neumann (we Wrocławiu): 1) Leitfaden der Psychiatrie f. Mediciner u. Juristen, Breslau 1883, in 8vo str. 143; 2) Katechismus d. gerichtl. Psychiatrie in Fragen u. Antworten, Breslau 1884, in 12o str. 70.

Sędziwy psychijatra wrocławski znów się odezwał; lat 9 temu, gdy z powodu procesu Kulmanna, owego nieszczęśliwego, który dopuścił się zamachu na osobie żelaznego kanclerza, zabrał głos w broszurze, z któréj w swoim czasie zdaliśmy sprawę (p. Przegląd Lek. 1875, Nr. 47), a przy któréj to sposobności zwróciliśmy uwagę na dziwne zapatrywania autora na pewne i ważne kwestyje sądowo psychijatryczne. Obecnie mamy przed sobą dwie prace tego autora, napisane stylem potoczystym, prostym, dla każdego przystępnym, a sposób przedstawienia rzeczy dowodzi, że mamy do czynienia z autorem, który w długim zawodzie praktycznym samodzielny wyrobił sobie sąd, którego całą siłą głębokiego przekonania broni do upadłego.

Już w przedmowie do pierwszego dzieła autor przypomina nam Epimenidesa; zdaje nam się, że spał przez lat kilkadziesiąt a przebudziwszy się snuje daléj wątek urwany, tak jakby przez długi ten okres czasu nic nie było zaszło. Stoi on jeszcze na stanowisku, na którém nauka znajdowała się przed Griesingerem, przeciw któremu teraz—w 16 lat po jego śmierci — powstaje. Napaść ta niczém nieuzasadniona złe robi wrażenie, a jeżeli autor twierdzi, że dzieło Griesingera kupowano ale go nie czytano, to grubo się myli, bo nie ma autora nowszego, któryby na tém dziele się nie oparł i uznał je jako stanowiące ważną w nauce epokę, ale co większa odpisywano je nielitościwie, a znamy niejednego autora, który nabył pewnego rozgłosu tylko przez to, że zgrabnie dzieło Griesingera odpisał lub tłumaczył. Dziwi się autor, że dzieło to doczekało się kilku wydań, podczas gdy ogłoszony przez niego przed 24 laty podręcznik nie miał powodzenia; my się temu wcale nie dziwimy, skoro autor i obecnie jeszcze zapowiada, że głównem jego zadaniem jest, przywrócić duszy należne jéj prawa, że porzuca w s z y s t k i e klasyfikacyje chorób umysłowych, i że sam żadnego stósownego podziału podać nie umie; znaczy to innemi słowami, że i teraz jeszcze poszczególne formy chorób umysłowych poczytuje za okresy jednéj i téj saméj choroby; wszelkie nazwy chorób umysłowych pochodzą z odległéj starożytności, a pojęcia tych chorób według autora nie o wiele różnią się od pojęć, jakie o nich miano w starożytności; podstawa anatomiczna nie może posłużyć za podwalinę klasyfikacyi, a opierać się można jedynie na symptomatologii; nawet niedołęztwo porażenne nie stanowi dowodu, jakoby choroba umysłowa była identyczną z chorobą mózgu lub nawet kory mózgowéj. Skeptycyzm swój posuwa autor tak daleko, że wątpi o istnieniu pomięszania i niedołęztwa pierwotnego, katalepsyi, że ostréj krytyce poddaje naukę o obciążeniu organiczném i wpływie dziedziczności, słowem, że pociągnięciem pióra kreśli wszystkie zdobycze psychijatryi nowszéj, lecz na wzór wszystkich burzycieli pozostawia zgliszcza, nie stawiając nic nowego. Nie trudno odgadnąć, że autor i pod względem obchodzenia się z chorymi nie jest zwolennikiem systemu Conollego, owszem hasło jego opiewa: bez przymusu nie ma psychijatryi!

A jednak niechętnie rozstajemy się z książką, zawierającą tyle bluźnierstw przeciw obecnym pojęciom naukowym. Czytając ją otrzymujemy wrażenie, że mamy do czynienia z myślicielem, który pozostaje w opozycyi do nowszego kierunku psychijatryi, ale bądź co bądź z człowiekiem, który występuje za późno, ale w swoim czasie należał bezsprzecznie do najzdolniejszych zawodowców. Jeżeli widzimy, jak autor w obec alternatywy: Flourens albo Hitzig, pozostaje niezdecydowany, jak nie wierzy, jakoby choroba umysłowa była chorobą mózgu itd., nasuwa nam się mimowolnie myśl, że tak byliby pisali Hufeland, Heim lub Hildenbrand, gdyby do dziś dnia byli żyli i pozostali biernymi w obec przeobrażenia, którego dyjagnostyka lekarska doznała od czasów Laënneca i Skody. Że w dziełku Neumanna spotykamy się tu i owdzie z błyskami jenialnemi, dowodzi tylko, że przed 50 laty np. autor ten mógłby być ozdobą stanu i zawodu; szkoda więc, że tak późno występuje. Nie brak mu też na sarkazmie olśniewającym, ale w rzeczywistości nieuzasadnionym; tak np. występując przeciw atawizmowi twierdzi, że po ciotce można wprawdzie czasem dziedziczyć znaczny majątek, ale nigdy się nie dziedziczy choroby, ponieważ ciotka w niczém się nie przyczynia do spłodzenta siostrzeńca; epidemije umysłowe uważa jako choroby modne, w podobny sposób, jak za czasów Ludwika XIV stało się modą na dworze mieć fistułę rzyci, dlatego że król ją posiadał.

Pomimo że autor już w tém dziełku zamieścił dodatek, mieszczący w sobie uwagi policyjno i sądowo-psychijatryczne, ogłosił on nieco późniéj osobny „katechizm psychijatryi sądowéj“ ułożony w pytaniach i odpowiedziach. W podręczniku tym zastanawia się bardzo pobieżnie nad najważniejszemi kwestyjami cywilno- i karno-sądowemi, wymagającemi wyjaśnienia ze strony psychijatry sądowego. I tu obok niektórych uwag bardzo trafnych napotykamy zdania, co najmniéj przestarzałe, jak np. twierdzenie, że nie każde sprawdzone zboczenie umysłowe znosi poczytność człowieka, „bo w takim razie psychijatrzy nie mieliby prawa postępowania w drodze dyscyplinarnéj przeciw poszczególnym chorym natrętnym, burzliwym, niebezpiecznym.“ Postępowanie d y s c y p l i n a r n e z obłąkanymi, to nie *lapsus calami*, bo autor dowodzi jego konieczności i tym sposobem najlepiéj stanowisko swoje sam określa. — W końcu dodaje autor 2 orzeczenia swoje sądowo-psychijatryczne, zapewne mające służyć za wzór; orzeczenia te już poprzednio były ogłoszone i nic szczególnego nie zawierają.

Dziełka omówione w historyi literatury znajdą miejsce, jako sumienna praca lekarza zdolnego, ale zacofanego; dla pokolenia obecnego korzyści nie przyniosą.

Prof. Adamkiewicz: **O ucisku i ściśliwości mózgu.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 25).

Zdaniem autora nie ulega więc watpliwości, że o b j a w y w y w o ł a n e metodą L e y d e n o w s k ą są tylko

wyrazem czystego podrażnienia mózgu, a nie wyrazem ucisku mózgowego.

Następnie zwrócił A. uwagę na stosunki krążenia krwi w mózgu w czasie zmniejszenia pojemności jamy czaszkowéj.

W celu sztucznego zmniejszenia pojemności jamy czaszkowéj wprowadzał A. przez otwór trepanacyjny między kość a oponę twardą kawałek blaszkownicy (*laminaria*), która nadzwyczaj łatwo pęcznieje. Jasną jest rzeczą, że metoda ta w zupełności swemu zadaniu odpowiedziała. Mierząc parcie krwi w tętnicy i żyle szyjnéj najprzód śród prawidłowych stosunków, a następnie przy zmniejszeniu pojemności jamy czaszkowéj za pomocą opisanéj metody, przekonal się autor, że zmniejszenie pojemności jamy czaszkowéj nie wywołuje nigdy podwyższenia parcia krwi w tętnicach a zmniejszenia tegoż w żyłach, co nastąpićby musiało, gdyby ognisko zmniejszające pojemność czaszki uciskało rzeczywiście naczynia mózgowe, jak to obecna nauka utrzymuje.

Otóż jak widzimy, z całego łańcucha wniosków, na których się dotychczasowa nauka o ucisku mózgu oparła, pozostało tylko jedno jeszcze nietknięte ogniwo. Rozchodzi się tu o rolę, jaką przypisują cieczy mózgordzeniowéj śród powstawania tak zwanego ucisku mózgu.

Aby rozstrzygnąć, czy ciśnienie cieczy mózgordzeniowéj podnosi się przy zmniejszeniu pojemności jamy czaszkowéj, starał się autor najprzód o zmierzenie parcia cieczy wśród prawidłowych stósunków. W tym celu mierzył A. parcie krwi w żyle szyjnéj, a skoro takowe osiągnęło stałą wartość, otwierał czaszkę zwierzęcia za pomocą trepanu, nacinał oponę twardą i wypuszczał ciecz mózgordzeniową. Przy tych doświadczeniach okazało się, że otwarcie opony twardéj nie ma najmniejszego prawie wpływu na parcie w żyle, a tém samém na krążenie krwi w mózgu, z czego wynika, że ciecz mózgordzeniowa posiadać musi w prawidłowych stosunkach parcie równające się mniéj więcéj parciu istniejącemu w naczyniach włosowatych mózgu. Gdyby bowiem ciecz mózgordzeniowa posiadała wyższe, a względnie niższe parcie, niż krew w naczyniach włosowatych, to w chwili otworzenia opony twardéj musiałyby się naczynia mózgu rozszerzyć, a względnie zwęzić, w skutek czego krążenie w mózgu musiałoby się odbywać w pierwszym razie w pomyślniejszych, a w drugim razie w niekorzystniejszych warunkach, a tém samém ciśnienie odpływającéj krwi w żyłach musiałoby się podwyższyć, względnie obniżyć.

Daléj okazało się, że nawet zmniejszenie pojemności jamy czaszkowéj nie wpływa na parcie krwi w żyle szyjnéj, co prowadzi do bardzo ważnego wniosku, że ciecz mózgordzeniowa nie zostaje nigdy wypartą przez ognisko śródczaszkowe i że jéj ciśnienie nigdy się nie zwiększa skutkiem zmniejszenia pojemności jamy czaszkowéj.

Jak widzimy, pod siłą krytyki wszystkie filary runęły, na których spoczywała dotychczasowa, na pozór tak misternie wypracowana, nauka o ucisku mózgu. Nic w tém dziwnego, wyszła ona bowiem z błędnego założenia, że masa nerwowa mózgu jest nieściśliwą.

Że masa nerwowa mózgu jest ściśliwą, wykazały niewątpliwie następujące doświadczenia, wykonane przez autora na zwierzętach. Włożywszy przez otwór trepanacyjny kawałek blaszkownicy między kość czaszkową a oponę twardą mózgu—i otworzywszy następnie po kilku godzinach lub dniach czaszkę, przekonał się autor, że napęczniałe ciało obce leżało wtłoczone w masę mózgową. Po ostrożném zaś wydobyciu blaszkownicy, widać było zawsze na dnie wgniecenia prawidłową, połyskującą oponę twardą, przez którą przezierał mózg zupełnie nienaruszony.

Powstanie wgniecenia w nienaruszonym mózgu dowodzi niezbicie, że mózg pod wpływem ucisku zmniejsza swą objętość, czyli innemi słowy, że mózg jest masą ściśliwą.

W sposób fizyczny możemy sobie wytłumaczyć ściśliwość tkanki nerwowéj bardzo łatwo, przypuściwszy, że ognisko śródczaszkowe wyciska z mózgu odpowiednią swéj objętości ilość wody tkaninowéj i cieczy wolno w komórkach się znajdującéj, a podczas gdy zmniejsza się objętość tkanki mózgowéj, opuszcza wyparta ciecz jamę czaszkową temi drogami, które łączą przestwory podpajęcze i komórki mózgu z naczyniami limfatycznemi i krwionośnemi głowy i szyi. Oprócz ściśliwości posiada mózg jeszcze drugą fizyczną własność, a mianowicie elastyczność. Mózg bowiem po oddaleniu ugniatającego ciała obcego odzyskuje napowrót swą pierwotną objętość, a dołek w pierwszéj chwili, po usunięciu ciała obcego, bardzo wyraźny i głęboki, wyrównywa się szybko. Tak ściśliwość jak i elastyczność mózgu posiadają pewne granice, które tém trudniéj przekroczone zostają, im powolniéj ucisk na mózg działa. Jeżeli ucisk działa tak silnie, że ściśliwość mózgu nie może mu sprostać, to następuje zniszczenie mózgu, a jeżeli ucisk przezwycięży tylko granice elastyczności mózgu, to mózg straci zdolność wyrównania swego wgniecenia po usunięciu ciała uciskającego, a w pierwocinach tkaninowych rozwiną się pewne histologiczne zmiany.

Zmiany anatomiczne występujące w tkance mózgowéj zależą głównie od tego, czy mózg zostawał pod działaniem ucisku przez krótki, czy przez długi czas. — Krótko trwająca kompresyja wywołuje w tkance mózgowéj tylko przekrwienie, podczas gdy ucisk przez dłuższy czas (przez kilka miesięcy lub rok) trwający sprowadza następujące nader ciekawe zmiany w mózgu:

1) Na oponę miękką działa ognisko śródczaszkowe drażniąco tylko, wzniecając zapalenia różnego stopnia począwszy od przekrwienia i emigracyi ciałek białych krwi, aż do wytworzenia się tkanki łącznéj, która jednak różni się od zwykłéj tkanki bliznowatéj wielką obfitością naczyń, wnikających w głąb tkanki mózgowéj.

2) Uciśniony obszar mózgu doznaje znacznego zmniejszenia swéj pojemności, tak, że szerokość przekroju wszystkich warstw, wchodzących w skład półkuli mózgowéj królika, wynosi zaledwie połowę téj szerokości, jaką posiada odpowiedni przekrój półkuli zdrowéj. Badanie drobnowidowe nie wykazuje w uciśnionéj tkance mózgowéj ani śladu zapalenia, lecz wybitny przerost tkanki nerwowéj, znamionujący się większą ilością komórek zwojowych gęsto obok siebie ułożonych i znaczniejszą obfitością naczyń. Ten przerost tkanki mózgowéj, powstały mimo zmniejszenia jéj objętości, a połączony ze zgęszczeniem tkaniny i jéj bogatszém unaczynieniem, nazwał autor przerostem kondenzacyjnym. Ucisk działa w miejscu, w którém powstaje przerost kondenzacyjny, w dwojaki sposób: po pierwsze czysto fizycznie, sprowadzając zmniejszenie objętości poszczególnych warstw półkuli, a powtóre drażniąco, wywołując powiększenie ilości komórek zwojowych i naczyń, potrzebnych do ich odżywienia.

3) W boczném otoczeniu ogniska śródczaszkowego, gdzie naturalnie blaszkownica nie uciska tkanki mózgowéj, lecz tylko ją drażni, uwidocznia się też tylko wpływ dra-

żniący mianowicie rozrostem (hyperplazyją) tkanki nerwowéj, cechującym się znaczném wybujaniem i rozszerzeniem się warstw wchodzących w skład półkuli mózgowéj, przy którém to bujaniu najżywszy udział bierze warstwa trzecia kory mózgowéj, tak zwana warstwa ziarnista.

Przez poznanie przerostu kondenzacyjnego wytłumaczyć sobie dopiero możemy, dla czego wielkie nieraz ogniska śródczaszkowe powoli się rozwijające nie zdradzają się niczém za życia i przebiegają w sposób utajony.

Tyle co do anatomii uciśniętego obszaru mózgowego. Nie mniéj ważném jest zachowanie się uciśniętéj tkanki mózgowéj ze względu na jéj funkcyję. (Dok. nast.)

P. Guttmann: **O działaniu antipyrynu.**

Autor doświadczał antipyrynu w 27 przypadkach chorób gorączkowych a doświadczenia te okazały, że antipyryn w ilości 4 do 6 gramów zadanéj w 2 lub 3 dawkach obniża znacznie ciepłotę i to przynajmniéj na pięć godzin, a w kilku przypadkach ciepłota podniosła się do pierwotnéj wysokości dopiero w 18 godzin. Lecz i w mniejszych dawkach od grama począwszy w górę działa antipyryn skutecznie, choć mniéj trwale, natomiast zadawany w dawce półgramowéj, choćby kilkanaście razy powtórzonéj, nie ma żadnego wpływu na gorączkę.

Równocześnie z opadaniem ciepłoty zmniejsza się także częstość tętna. Z przypadów ubocznych zaledwie parę razy wystąpiły wymioty i nie tylko dorośli ale i dzieci znoszą ten środek dobrze. Nigdy też nie zauważył autor, żeby w okresie ponownego wznoszenia się ciepłoty wystąpiły dreszcze; i to już nadaje antipyrynowi pierwszeństwo przed kairynem.

Jak się z tego okazuje, działanie antipyrynu jest analogiczne do działania chininu, tylko że do osiągnięcia tego samego skutku potrzeba przynajmniéj podwójnéj dawki antipyrynu, ale też środek ten jest prawie o połowę tańszy od chininu. (*Berl. klin. Woch.* Nr. 20, 1884). *Dr. Otto.*

Wiadomosci pomniejsze.

W ostatnim numerze *Abeille médicale* Nr. 14 b. r. znajpuję bardzo ciekawy sposób **znieczulenia za pomocą lotnika** podany przez p. Daniela Mollière, przełożonego szpitala Hôtel-Dieu w Lyonie. Mollière przyznaje, że myśl tego sposobu znieczulenia nasunął mu Dr. Aksel Yverson z Kopenhagi. Postępowanie przy tém znieczuleniu jest następujące: do naczynia zawierającego wodę ogrzaną do mniéj więcéj 50 °C. wstawia się flaszeczkę z eterem i flaszeczkę tę łączy się za pomocą rury kauczukowéj grubości palca z prostnicą pacyjenta; para lotnika wchodzi do przewodu pokarmowego i sprowadza narkozę zupełną i spokojną w bardzo krótkim czasie i po zużyciu bardzo małéj ilości eteru. M. podaje tymczasowo pięć przypadków własnych znieczulenia przez odbytnicę z bardzo dobrym skutkiem; o ile sposób rzeczony zasługuje na gorące pochwały. podane przez M. we wzmiankowanym dzienniku, o tém orzekną wkrótce po doświadczeniach kompetentni sędziowie. Przy téj sposobności pozwoliłbym sobie zwrócić uwagę na wprowadzanie pary lotnika przez odbytnicę w niedrożnościach przewodu pokarmowego, bo że eter skraplany zewnętrznie na powłokach brzusznych czasem bardzo dobrze skutkuje w razach niedrożności, o tém pewnie każdy lekarz mógł się przekonać; zimno ulatniającego się eteru samo nie działa gdyż pęcherz z lodem tego skutku nie wywiera.

Dr. Grünhaut (w Sanoku).

Nacierania tłuszczem dzieci gorączkujących. Dziwne sposoby leczenia niekoniecznie muszą być złemi. Sposób Dra Bouchuta polegający na nacieraniu tłuszczem całéj powierzchni skóry w ostrych chorobach gorączkowych u dzieci w celu obniżenia ciepłoty należy do takich. B. podaje co do tych nacierań, iż nastaje po nich okres, w którym chorzy czują uczucie dogody i spokoju, gdy równocześnie ma miejsce określone, choć nie wielkie, obniżenie ciepłoty ciała. Obniżenie się o $^1/_2$ °C. zazwyczaj spostrzedz można ale czasem spostrzegano téż i obniżenie o 2 °C. Po tém początkowém obniżeniu ciepłota utrzymuje się w jednakim stanie przez czas jakiś, poczém dosięga znów pierwotnéj wysokości w mniéj lub więcéj $2^1/_2$—3 godzin po nacieraniu. Żadnych złych następstw nie obserwowano po tém leczeniu a nawet białkomocz i surowicze zapalenia miały być nadzwyczaj rzadkiemi w przypadkach płonicy w ten sposób leczonych. Rozumie się, że nie ma tu mowy o systematycznych smarowaniach powierzchni skóry tłuszczem w czasie okresu łuszczenia się po płonicy, chociaż pod względem patologicznym pewien związek między niemi zachodzić może. (*The Lancet,* 1884, I, Nr. 9).

Grabowski.

Ω Neuber poleca w *Fortschritt. d. Med.* 1884. 4. gorące **wstrzykiwanie podskórne kwasu nadosmowego w przypadkach uporczywych nerwic.** Używa on 1 % rozczynu wodnego, z czego wstrzykuje dziennie 4—6 kropli.

Ω Ciancop (*Memorabilien*) 1883) poleca **przeciw nieżytowi pęcherza Kalium bromatum** w dawce 0,50—3,00 dziennie. Środek ten ma bardzo skutecznie działać.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

X. Posiedzenie zwyczajne Tow lek. krak. z dnia 11 czerwca 1884.

Przewodniczący kol. Kwaśnicki. Członków obecnych 20.

1. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i bez zmian przyjęto.

2) Przewodniczący oddaje w krótkiém przemówieniu cześć zasługom śp. Józefa Trauczyńskiego, tutejszego aptekarza członka czynnego Tow. lek. krak., zmarłego w Krakowie d. 30 maja r. 1884, poczém Zgromadzenie wyraża przez powstanie cześć jego pamięci.

3. Prof. Dr. Rostafiński mówi o dzisiejszym stanie nauki o bakteryjach i jéj stosunku do medycyny.

Prelegent rozpoczął wykład od zaznaczenia, że uczeni są różnego zdania co do ilości gatunków bakteryj. Jedni przyjmują ich bardzo wiele, inni przeciwnie są zdania, że gatunków jest mało, tylko że jeden i ten sam w różnych warunkach bytu może różnie się rozwijać i przechodzić w formy brane niewłaściwie za odrębne gatunki. Oświadczył, że co do zapatrywania zbliża się do pierwszego szeregu. Wprawdzie wielkość komórek rostowych bakteryj musi ulegać wielkim zmianom, ale tak bywa u pokrewnych bakteryjom wodorostów sinych, ale postać zarodnika, sposób jego kiełkowania, grupowanie się w skupienia rostowe zawsze są stałe. Kolejny rozwój różnych gatunków bakteryj w tém samém skupieniu w miarę jak zostaje chemicznie zmieniony przez proces życia jednego gatunku jest główną przyczyną błędnego zapatrywania się niektórych uczonych na tę kwestyję. Jako przykład objaśniający tę kwestyję podał prelegent w krótkich słowach historyję rozwoju bakteryi sianowéj i karbunkułowéj. Mówił następnie o postaciach skupień (*Zoogloea*), w jakich bakteryje występują, pływakach czyli ruchliwego stanu i zarodnikach. Przeszedł potém do składu chemicznego ich błon i ich plasmy. Potém wyłożył sposób ich żywienia się i oddechania, położył nacisk na wytworzenie przez nich rozczynów (*fermentum*). Mówił daléj o ich życiu biernem i utajonem, o wpływach zewnętrznych czynników jak tlenu, ciepła, światła, elektryczności i chemizmu.

Tak wyłożywszy obecny stan nauki o bakteryjach, zaznaczył, że to co wiemy o wpływie zarazków i miazmatów na żywe organizmy jest zaledwie wstępem do prawdziwie umiejętnych badań na tém polu. Chcąc skutecznie działać leczniczo przeciw bakteryjom, trzeba poznać fizyjologiję każdego zaraźliwego gatunku przez jego hodowlę w innym jak człowiek środku. Następnie trzeba będzie poznać fizyjologiję tkanek. Ta ostatnia nauka ma teraz największą w medycynie przyszłość. Anatomija patologiczna dała to, co dać mogła, to jest podstawę do umiejętnéj chirurgii. Terapija zaś chorób, zwłaszcza tych, którym bakteryje powód dają, dopiero wtedy powstanie, gdy fizyjologiczne procesy różnych tkanek życia bakteryj zaraźliwych poza organizmem i ich rozwój w organiźmie zostaną najdokładniéj poznane.

Na tém posiedzenie zakończono.

Dr. Szymkiewicz.

VII. Cholera w Egipcie r. 1883.

Napisał Dr. K. Kłodzianowski.
Delegat i lekarz sanitarny ces. i król. Austryi i Węgier przy Radzie międzynarodowéj sanit. kwarant. w Egipcie.

(Rzecz czytana na IV Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu).

(Dokończenie. Patrz Nr. 25).

Pierwszy przypadek został zawleczony z Mansury, jest on o tyle ciekawy, że dowodzi, iż człowiek mający tylko prostą biegunkę choleryczną, może cholerę przenieść i że przypadki ztąd powstałe mogą być śmiertelne. Greczynka, u któréj chory ten mieszkał, po kilku dniach dostała cholery i w kilka godzin umarła. Sekcyja potwierdziła rozpoznanie. Kilku mieszkańców tego domu przeniesionych do lazaretu tamże na cholerę zachorowało. Zakażenie to nie miało żadnych skutków w mieście.

Epidemija w Aleksandryi rozpoczęła się dopiero 6go sierpnia i mojém zdaniem zawleczoną została przez towary pochodzące z wewnątrz kraju. Podczas gdy komunikacyja osób przerwaną została, towary po dawnemu wciąż przychodziły do Aleksandryi. Najpierwsi zachorowali robotnicy, którzy mieli do czynienia w składach z towarami, jakoteż urzędnicy w tychże składach zatrudnieni. Zaraz pierwszego dnia umarło 9 osób. Od tego dnia cholera wzmagała się aż do 18 sierpnia, w którym dniu ilość ofiar doszła do 50 i zaczęła się stopniowo zmniejszać od 7go września tak, iż tylko pojedyncze przypadki ukazywały się aż do grudnia. Ogółem umarło w Aleksandryi do 1.000 osób z cholery na ludność 250.000, co w porównaniu z epidemiją w r. 1865 stanowi bardzo małą liczbę, gdyż wówczas 4.018 osób padło ofiarą epidemii.

Takie ograniczenie epidemii przypisuję odosobnieniu i dezinfekcyi, byłaby też ona, mojém zdaniem, wcale się nie rozwinęła, gdyby odosobnienie miasta było zupełném. Wina długiego trwania cholery w Aleksandryi spada na Rząd, który przez oszczędność i w skutek intryg usunął komisyję i zawiesił wszelkie środki ostrożności. Skutkiem tego epidemija wzmogła się późniéj i zmusiła Rząd do zaprowadzenia na nowo dezinfekcyi, która jednakże niedołężnie była wykonywaną. Rezultat zabiegów komisyi sanitarnéj był niewątpliwie bardzo pomyślny, byłby on zupełnym, gdyby z jednéj strony administracyje rządowe przez zadrość i nienawiść, z drugiéj strony lud przez fanatyzm nie stawiał nam ciągłych przeszkód. Lud rozjątrzony rozsiewanemi pomiędzy nim wieściami, jakoby lekarze europejscy truli Arabów, rzucił się i zdobył gwałtem jeden z ambulansów. Tenże sam los czekał i inne, gdyby nie były od téj chwili strzeżone przez wojsko.

Odosobnienie i zamknięcie miast jest jednym z najskuteczniejszych środków zapobieżenia cholerze, tego dowodzi po części nietylko Aleksandryja, która po zbombardowaniu znajdowała się w tak opłakanym stanie higijenicznym lecz i inne miasta, które albo się same odosobniły, jak Port-Said, albo takie, które same przez się zostawały w nieznacznéj tylko lub prawie żadnéj komunikacyi osobowéj i handlowéj z resztą kraju, jak Ismailia i Suez.

Dla zapobieżenia epidemii odosobnienie powinno być połączone z dezinfekcyją. Przekonaliśmy się o tém nietylko na miastach całych lecz i na grupach domów i pojedynczych domach; tam bowiem, gdzie po zjawieniu się przypadku cholery dezinfekcyja została natychmiast przeprowadzoną, w tym domu nikt już potém nie zachorował i przeciwnie, tam gdzie się dezinfekcyi zaniedbało, ludzie chorowali jeden po drugim. Gwałtowność epidemii zostaje w prostym stosunku do stanu higijenicznego miejscowości.

Jednym z najlepszych środków przerwania rozwiniętéj epidemii cholerycznéj jest przeniesienie mieszkańców z miejsca zakażonego na inne, chociaż nie zbyt odległe, t. j. o 1 lub 2 kilometry. Środek ten od dawna praktykowany w armii angielskiéj w Indyjach, zastosowany był w Kairze i Aleksandryi u ludności mięszanéj i w złych stosunkach higijenicznych. Od r. 1881 jestto jedyny środek używany w naszym obozie kwarantanowym w El Wysz i Tor między pielgrzymami i zawsze z pomyślnym skutkiem. Oddalenie tam nie dosięga kilometra. Jestto dostatecznym dowodem, że powietrze w przenoszeniu cholery małą odgrywa rolę. Rezultat moich spostrzeżeń jest ten, że tylko dobrze prowadzone kwarantany mogą ocalić kraj od cholery. Kwarantany straciły u wielu mir, jednakowoż nie słusznie, pochodzi to ztąd, że nieprzyjaciele kwarantan myśleli, że w każdym kraju kwarantany odbywają się wzorowym porządkiem, tak jednakowoż nie jest, nie kwarantany ale sposób wykonania trzeba obwiniać. W tym względzie porobiono postępy, ale są jeszcze znaczne braki. Inspekcyje, które chciano zaprowadzić w miejsce kwarantan, są w zatokach Morza środziemnego niemożliwemi i miałyby rezultat jak najsmutniejszy.

Jak wyżéj wskazałem okręty przychodzące z Indyj dopiero w Suez podpadają kontroli, zatém dopiero port o 15 dni od Suezu oddalony może zaprowadzić inspekcyje. Tak postępują Anglicy; w Anglii, gdzie pierwsza zatoka o 15 dni od Suezu jest oddalona, zaprowadzili inspekcyje, na Malcie i Cyprze najsroższe kwarantany, w roku zeszłym nie przyjmowano wcale okrętów pochodzących z Egiptu.

Pozostaje mi jeszcze powiedzieć kilka słów o terapii. Co się tyczy symptomatologii nic nowego w téj epidemii nie uważaliśmy. Różnica między pojedynczemi przypadkami polega tylko na szybkości przebiegu okresów i ich gwałtowności. Przyczyną tego jest, zdaje się, z jednéj strony wielkość zakażenia, łatwość przyjmowania i oporność organizmu z drugiéj strony. U słabych i słabowitych przebieg był zawsze bardzo gwałtowny i kończył się śmiercią. W gwałtownie przebiegających przypadkach wszystkie okresy tak szybko po sobie następują, że prawie się mięszają. Reakcyja jest dwojaką: prawidłową, t. j. powrócenie do stanu prawidłowego wszystkich czynności, albo nieprawidłową, tak zwaną tyfusową, z gorączką do tyfusu podobną, coby o zakażeniu krwi świadczyć mogło. Reakcyja przychodzi u zdrowych ludzi i przy słabszém zakażeniu samodzielnie, bez żadnych nawet leków, co tu bardzo często uważałem. Przedewszystkiém słabe i słabowite, źle odżywione osoby podpa-

dają najłatwiéj zakażeniu i u tych prawie zawsze choroba śmiercią się kończy.

W ogóle można było w téj epidemii wyróżnić trojakie przypadki cholery.

Pierwsze, najmniéj liczne, byłyto przypadki gwałtowne u ludzi słabych i słabowitych, u których nie było czasu na ratunek i te kończą się zawsze śmiercią.

Drugie, mniéj gwałtowne u ludzi silnych i z odstępami między okresami pojedynczemi, dające czas do leczenia, z tych wyzdrowiało 60%.

Trzecie, były przypadki lekkie, których było najwięcéj, wszystkie zakończyły się wyzdrowieniem. Objawy ciekawe, które uważałem przed śmiercią, o których mało kto wspomina, są: w jednych przypadkach oddychanie jest regularne, jednocześnie bicie serca pomału słabnie, w drugich wprost przeciwnie, oddychanie pomału ustawało, gdy bicie serca było wciąż prawidłowém.

Na polu terapii nie mamy prawie żadnych nowych odkryć. Kwasy mają zdaje się jakiś specyjalny wpływ na cholerę, chociaż racyjonalnie objaśnić sobie tego działania nie możemy. Używaliśmy przedewszystkiém kwasu cytrynowego, najczęściéj w postaci świeżego soku z cytryn, który w świeżych przypadkach nader skutecznym się okazał, womity ustawały szybko, tak iż częstokroć inny środek był zbytecznym. Przeciw biegunce używaliśmy z dobrym skutkiem bismutu samego albo z makowcem. W stanie martwiczym masowanie energiczne ogólne jest niezbędném, samo ogrzewanie jest niedostateczném.

W tym samym czasie i równocześnie zaskórne wstrzykiwania eteru i kamfory okazały się skutecznemi. W wielu przypadkach cholerę poprzedza biegunka, którą trzeba jak najenergiczniéj pokonać na razie, gdyż inaczéj przemienia się zwykle w gwałtowną i zupełną cholerę.

Muszę tutaj zakończyć wzmianką o odkryciu naszego rodaka, które jest mało znaném. W r. 1871 Dr. Edward Niedźwiecki w Jarosławiu rosyjskim robił poszukiwania mikroskopowe na cholerycznych i znalazł prątek podobny do przecinka, nietylko we wnętrznościach, ale także we krwi i moczu. Hodował go i robił na nim różne próby działania różnych środków leczniczych. Przy tych próbach okazało się, że kwasy, mianowicie kwas solny i garbniki, chloroform, opium, *Aq. chlori* niszczą ten prątek. Sąto środki, które się skutecznemi okazały w leczeniu cholery. Broszura, która opisuje dokładnie badania Dra Niedźwieckiego, wyszła w języku niemieckim w Lipsku w r. 1874.

VIII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu.

Sprawozdanie Dra **Kwaśnickiego.**

II.

D. 2 czerwca o godzinie 9 rano udali się członkowie Zjazdu do katedry, dla wysłuchania mszy św. w kaplicy królewskiéj. Kościół katedralny założył Mieczysław I. r. 966, obecna budowa téj świątyni datuje z drugiéj połowy zeszłego stulecia. Ozdobą kościoła są kaplice i pamiątki narodowe; tu spoczywają zwłoki Mieczysława I, Bolesława Chrobrego, Mieczysława II, Kazimierza Mnicha, Przemysława I i II. Szczątki dwóch pierwszych zostały umieszczone w osobnéj kaplicy, zwanéj królewską, ozdobionéj w dzieła sztuki staraniem i kosztem Edw. Raczyńskiego; obok płócien pędzla Suchodolskiego i Brzozowskiego stoją w kaplicy piękne posągi obu królów, dłuta słynnego Raucha w Berlinie. Świątynia obfituje w wielką ilość pamiątek, szczególnie po biskupach poznańskich; z stanu świeckiego, oprócz królów ma tu swoje pomniki sławna rodzina wielkopolska Górków.

O godzinie 11 zgromadziliśmy się na I Ogólne zgromadzenie w teatrze polskim, nadającym się doskonale do tego rodzaju uroczystości. Zanim przystąpię do sprawozdania z tego posiedzenia, winienem zaznaczyć, że przemówienia i odczyty podam tylko w krótkiém streszczeniu. Zjazd poznański obok swego Dziennika miał tylu sprawozdawców, czasopisma polityczne podały tak dokładne opisy i sprawozdania, że nie chcąc zabierać niepotrzebnie wiele miejsca na rzeczy już znane, postanowiłem uwydatnić tylko rdzenne i zasadnicze myśli mowców.

Posiedzenie zagaił Przewodniczący Wydziału gospodarczego Dr. Wicherkiewicz: mowca powitał gorącemi wyrazami przybywających do grodu Przemysława, prastaréj kolebki wielkopolskiéj; namienił, że już dwukrotnie (r. 1870 i 1871) Poznań był wybierany na miejsce zjazdu, lecz od nas niezależne okoliczności plan ten zniweczyły; dziś dopiero długoletnie życzenia urzeczywistniły się, pierś podnosi radosne uczucie, że mimo tylu przeciwieństw, spowodowanych przeważnie politycznemi względami, udało się nakoniec zgromadzić w imie polskiéj nauki, do wspólnéj pokojowéj pracy, braci rozłączonych ciężkiém zrządzeniem losu. Nie knowania polityczne, ale szlachetna dążność współzawodnictwa, chęć niedania się wyprzedzić innym, na czele oświaty kroczącym narodom, zgromadziła wspaniały zastęp ludzi uczonych lub nauki chciwych. Jest jeszcze inny powód, że dni te zapiszą się złotemi literami w pamięci i sercu Wielkopolan: obok swoich przybyli ukochani bracia Czesi; stawając z nami do wymiany pojęć, do rozbudzenia życia naukowego, do przysporzenia chwały słowiańskiéj myśli, dali nam pobratymcy dowód drogocennych uczuć; te same uczucia żywiąc dla narodu czeskiego, sercem za serce odpłacamy, a wdzięczność Wielkopolan jest tym większą, że pielgrzymkę tę podjęli Czesi tylko z poczucia rodowéj łączności, równéj doli i wiary w przyszłość. Ten sam promień oświaty, podsycany tą samą wiarą, rozjaśniał ścieżki dziejowe Czechów i Polaków; to też obok powinowactwa krwi zachodzi między oboma narodami powinowactwo duchowe, ułatwiające obustronne zrozumienie się; węzły te w interesie prawdziwéj cywilizacyi słowiańskiéj należy nam ścieśniać i wzmacniać, do czego zjazdy podają nam doskonałą sposobność. O ważności zjazdów naszych w ogólności, a szczególnie obecnego, wszyscy jesteśmy głęboko przekonani; gdy sytuacyja polityczna krępuje swobodny rozwój nauki narodowéj, stają się zjazdy ogniskiem, z którego rozchodzić się powinny promienie narodowéj wiedzy i jednolitéj naukowéj dążności. Szereg zapowiedzianych odczytów streszcza w sobie to wszystko, co w chwili obecnéj zajmować może lekarza i przyrodnika, więc co do części naukowéj, jesteśmy pewni jéj zupełnego powodzenia; czy atoli podołamy was godnie przyjąć i rozerwać, tego przesądzać dziś nie możemy, bo chociaż chęci nasze są najgorętsze, to chata, acz rada, ale nie dość bogata. Ogłaszając Zjazd otwartym zakończył mowca słowami księcia naszych poetów, Jana z Czarnolasu:

„Służmy poczciwéj sławie, a jako kto może,
„Niech ku pożytkowi dobra wspólnego pomoże.“

Przemówienie Dra Wicherkiewicza wypowiedziane głosem pełnym męskiéj siły i w całéj sali dobrze słyszalnym, zrobiło najlepsze wrażenie, z jednéj strony powaga tonu i powaga myśli, z drugiéj doskonale uchwycona miara zwro-

tów lirycznych, nadały całemu posiedzeniu piętno właściwe polskim Zjazdom, uroczysty i podniosły nastrój ducha nie opuszczały zgromadzonych.

Po Dr. Wicherkiewiczu zabrał głos pan Krzyżanowski, najstarszy wiekiem z obywateli polskich m. Poznania, któremu przypadło powitać przybyłych w imieniu obywateli miasta. P. Krzyżanowski to postać z opowiadań Pola lub Chodźki: typ polski, przyodziany w szaty polskiego kroju, z wzruszeniem i rzewnością tłumaczył, dla czego on, a nie zwyczajem przodków gospodarz miasta, burmistrz, powitał gości. W głosie drżącym sędziwego mowcy czuć było skargę na zmienny los, który zrządził, że na ratuszu Przemysława burmistrzuje obcy, a nieżyczliwy nam żywioł.

Z kolei Dr. Wicherkiewicz zaproponował imieniem Wydziału gospodarczego wybór prezydyjum Zjazdu, a mianowicie: na przewodniczącego prof. Dra Szokalskiego, na wiceprezesów: Dra Majera, Prezesa Akademii Umiejętn. w Krakowie, prof. Janovskiego z Pragi, prof. Rydla z Krakowa, prof. Maixnera z Pragi, prof. Dybowskiego ze Lwowa, hr. A. Cieszkowskiego, radcę Dra Mateckiego i Dra Żulińskiego; na sekretarzy: Dra Bajkowskiego z Kijowa, Dra Schramma z Krakowa i Dra Reichmanna z Warszawy. Zgromadzenie przez aklamacyję przyjęło propozycyję Wydziału gospodarczego. Wśród oklasków zajął prof. Szokalski krzesło prezydyjalne, a podziękowawszy za wybór, złożył chwilowo przewodnictwo w ręce prezesa Majera, i wstąpił na mownicę dla wygłoszenia wykładu: O badaniu i obserwacyi przyrodniczéj porównawczo u nas i w innych krajach.

Na wstępie zaznaczył mowca, że na obecném stanowisku nauka lekarska tak została oskrzydloną przez wiedzę przyrodniczą, że stała się przyrodoznawstwem zastósowaném do utrzymania zdrowia i zwalczania choroby. Przyrodoznawstwo polega na spostrzeganiu, które w wyższym rozwoju staje się poszukiwaniem, i dla tego rozdzielamy nauki przyrodnicze na obserwacyjne i spekulacyjne. Określiwszy czém jest obserwacyja położył prelegent nacisk, że musi ona u każdego człowieka nosić piętno indywidualności, które znowu zbiorowo u każdego narodu przybiera odpowiednią jego charakterowi cechę. Z wielkiém powodzeniem i bystrością umysłu określa mowca cechy właściwe obserwacyi niemieckiéj, francuskiéj, angielskiéj i zaznacza, że włoska ma najmniéj jednostronności, jest trafną, chociaż niebłyskotliwą i najwięcéj do polskiego pojęcia zastósowaną. Byłoby zawcześnie określać cechy polskiéj obserwacyi, gdyż nie uwydatniła się ona jeszcze należycie i nie pozyskała samodzielności. Dla przekonania słuchaczów o prawdzie tego ostatniego twierdzenia, prof. Szokalski wyjaśnia, jaką drogą każdy naród wzbogaca swą obserwacyję i to od początków swego osiedlenia się i zorganizowania się, w jaki sposób spostrzeżenia przyrody, odnoszące się do pierwszych potrzeb życia zamieniają się z biegiem czasu na przyrodoznawstwo. Każdy naród jest w stanie wykazać ludzi, którzy w wczesnéj dobie dziejowéj już byli spostrzegaczami genijalnymi; pomimo wielkiego zasobu przyrodniczéj wiedzy, nabytéj spostrzeganiem, u naszego ludu, nie odkrywano u nas tych samorodnych genijuszów, nic téż dziwnego, że pierwsze nasze dzieła przyrodnicze (herbarze) są tylko tłumaczeniem z obcych języków; nawet epoka Zygmuntowska nie posunęła téj sprawy naprzód i dopiero za Stanisława Augusta obudziło się w nas samopoznanie i dowiedzieliśmy się o olbrzymiéj przepaści, jaka dzieli naszą wiedzę od tego, co w świecie naukowym już zdziałano. Lecz i w tym okresie odrodzenia więcéj starano się przyswoić obcéj nauki, aniżeli badano przyrodę, stanęło wielu uczonych, badaczy nie było, a jeśli się znalazł taki Jędrzéj Śniadecki, w kraju go nie zrozumiano. Samodzielność naukowa datuje dopiero od najnowszych czasów, od założenia Akademii Umiejętności w Krakowie i Szkoły głównéj w Warszawie; namacalny dowód tego jest wyparowanie obcych żywiołów z praktyki lekarskiéj i poszukiwanie polskich lekarzy nawet za granicą. Dzięki badaniom przyrodników naszych, czytamy sami bez pomocy w wielkiéj księdze przyrody, dla zbadania kraju własnego powstały przyrodnicze kółka. Fizyjografija krajowa zajęła wszystkie umysły i wydała cenne owoce; poszukiwania archeologiczne zaprzątają nawet umysły ziemian, a jak w polityce nie rachujemy na obce pomoce, tak w dążeniach intelektualnych nie spuszczamy się na obce rozumy. To poczucie samodzielności wkłada na nasze Zjazdy następujące obowiązki: 1) Rozwijać w sobie samych samodzielną siłę przyrodniczego badania, 2) połączyć przyrodniczą wiedzę ze skarbem obserwacyjnym, jaki spoczywa w ludzie naszym, 3) rozwijać w dorastającém pokoleniu zmysł obserwacyjny i przygotować je na przyszłe, dla społeczeństwa naszego usługi.

Po przemówieniu prof. Szokalskiego nastąpił odczyt Dra Krówczyńskiego: O wpływie oddziedziczania na życie indywidualne i narodowe. Odkrycia w dziedzinie przyrodoznawstwa ostatniego czasu tak zmieniły poglądy na świat i przyrodę, że oddziałały potężnie i na człowieka. Upewnienie się o istnieniu niezmiennych praw przyrody dało człowiekowi pochop i myśl do wyzyskania tych praw na własną korzyść. Daleko jednak do tego, ażebyśmy potrafili wszystko wyjaśnić, znamy wiele zjawisk, których przyrody zgłębić nie zdołaliśmy, a do takich należy odziedziczanie. Określiwszy definicyję odziedziczania i wykazawszy dwojaki a przeciwny sobie wpływ odziedziczania na człowieka, zachowawczy i postępowy, wypowiada mowca swój sposób pojmowania istoty oddziedziczania, jako przenoszenie materyjalnych cząstek z rodziców na potomstwo, nawet w tych okolicznościach, kiedy jest mowa o dziedziczeniu własności duchowych, ściśle ostatecznie złączonych z materyją. Mowca przyznaje systemowi nerwowemu wielki wpływ na oddziedziczanie, i przytacza dowody z dziedziny patologii. Zastanawiając się nad sposobem nabywania własności zupełnie nowych, Dr. Kr. usiłuje niejako uzmysłowić ten akt psychiczny, przedstawiając dla przykładu proces rozwijania się zdolności rachowania, i widzi tu proste wyćwiczenie odziedziczonéj po rodzicach zdolności nabywania. W nabywaniu niewątpliwie pośredniczy system nerwowy; zmiany zaszłe w nim przenoszą się na potomstwo jako osobna zdolność, którą wychowawcze ćwiczenie ma urobić i wydoskonalić. W dalszym ciągu prelegent przytacza kilka sławnych rodzin, w których pewna zdolność niepospolita stanowiła przymiot rodowy. Przeświadczywszy się więc o istnieniu odziedziczania, można tę prawdę stwierdzić tak na zdrowych jak i patologicznych organizmach; a jeśli ta zasada jest niezbitą dla jednego człowieka, to również jest prawdziwą dla rodziny i dla téj zbiorowéj jednostki, którą jest naród; dałyby się przytoczyć całe plemiona i rasy, które znikły z widowni świata dla tego, że zabrakło im warunków do dalszego nabywania, w skutek odziedziczania i rozwijania tylko ujemnych własności przodków; a jeśli organizm dziecka osłabionego i chorowitego staramy się wzmocnić przez odpowiednie ćwiczenia, ażeby odziedziczone patologiczne własności zró-

wnoważyć rozwinięciem stron dodatnich ustroju, tak przenosząc tę zasadę z jednego organizmu na złożony organizm narodu, mamy wytkniętą drogę co czynić należy, ażeby dla dobra społecznego i lepszéj przyszłości rozwinąć i wypielęgnować fizyczne i duchowe cnoty obywatelskie. Lecz ogół narodu nieświadom tych praw, znają je ci, co są jak mówi Skarga „rozum i głowy“ narodu, na nich więc ciąży obowiązek podjęcia tego wielkiego dzieła wychowawczego, i tylko takie odrodzenie jest w stanie zamienić w ciało słowa owego marszu, które są hasłem naszém.

Odczyt Dra Krówczyńskiego traci na skróceniu; wywołał on silne wzruszenie, które odbiło się w hucznych i przeciągłych oklaskach.

Trzeci odczyt z kolei miał pan L. Syroczyński, inżynier Wydziału krajowego we Lwowie: Geologiczne badania głębszych warstw ziemi. Jasnych i zajmujących wywodów prelegenta słuchano z wielkiém zajęciem. Żałujemy, że pracy téj nie możemy umieścić w dzienniku ściśle lekarskim, jakim jest Przegląd.

Po skończeniu odczytów przemawiali prażcy profesorowie: Janovsky i Maixner: przemówienia te, w których wyższe poglądy równoważyły się z serdecznością braterską, publiczność przyjęła z zapałem.

Z kolei uzasadnił doc. Dr. Jaworski swój wniosek, w sprawie założenia czasopisma wyłącznie dla prac czysto doświadczalnych w zakresie wszystkich nauk lekarskich a równocześnie i organu Zjazdów przyrodników i lekarzy polskich. Na wniosek profesorów Rostafińskiego i Blumenstoka wniosek Dra Jaworskiego przekazano Sekcyi medycyny wewnętrznéj.

Następnie odczytano 79 telegramów (z tych 53 z Czech) i 8 listów.

Wreszcie uchwalono, ażeby V Zjazd lekarzy i przyrodników polskich odbył się w Warszawie, a ewentualnie we Lwowie.

Na tém posiedzenie zakończono. (C. d. n.)

IX. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Smutną nowinę otrzymujemy z Francyi. Cholera wybuchła w Tulonie: Dr. Fauvel twierdzi, że ona powstała na miejscu w skutek niepomyślnych stosunków higijenicznych, a prof. Brouardel umyślnie przez Rząd delegowany na miejsce miał sprawdzić, że choroba jest sporadyczną. Tym sposobem Rząd francuski chce uspokoić mieszkańców i zapewne oświadczenie to wywrze wpływ korzystny. Jednak tu rozchodzi się o sprawdzenie, czy choroba jest cholerą azyjatycką lub nie; w ostatnim razie mniejsza o jéj wystąpienie sporadyczne lub epidemiczne, w pierwszym zaś nie mogła powstać na miejscu, lecz zawleczoną została z Indyj, a w tym razie grozi całéj Europie niebezpieczeństwo, jeżeli się nie uda Rządowi francuskiemu zlokalizować zarazy przez szybkie urządzenie i energiczne przeprowadzenie kwarantany.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 8—14 czerwca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 37,8 Z ospy umarło 1 (3 z. t.); z płonicy 1 (1 z. t.): z błonicy 1 (1 z. t.); z duru brzusznego 2 (0 z. t.); z duru osutkowego 0 (1 z. t.); z gorączki połogowéj 0 (1 z. t.); z róży 1 (3 z. t.); z zimnicy 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże tygodniu o 1 przypadku ospy, 2 płonicy, 1 duru osutkowego. W tygodniu od 1—7 czerwca umarło skutkiem ospy w Londynie 40, świeżo zapadło 174, leczyło się w szpitalach 1166. W Brukseli, Birmingham, Wenecyi, Maladze, Murcyi, Saragosie, Lizbonie umarło po 1 z ospy, w Odesie 2, w Liwerpolu i Warszawie po 3, w Budapeszcie 4, w Petersburgu 9, w Turynie i Bombayu po 10, w Nowym Orleanie 11, w Pradze 14, w Madrasie 271. W Zurychu umarło z tyfusu 5, w Genewie 2. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu, Maladze, Murcyi po 1, w Granadzie 2. Z cholery umarło w Bombayu od 7—13 maja 7, w Madrasie od 24 marca do 4 kwietnia osób 10.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 1—7 czerwca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców w Krakowie 42,3; w Warszawie 32,0; w Poznaniu 30,1; w Wiedniu 28,3; w Budapeszcie 39,6; w Pradze 34,4; w Tryjeście 24,2; w Berlinie 26,4; we Wrocławiu 32,3: w Hamburgu 28,4; w Gdańsku 20,5; w Mnichowie 30,8; w Dreźnie 24,0; w Lipsku 20,5; w Genewie 24,3; w Brukseli 26,1; w Amsterdamie 25,8; w Hadze 30,5; w Paryżu 23,7; w Londynie 18,9; w Kopenhadze 21.4; w Stokholmie 25,7; w Chrystyjanii 15,9; w Petersburgu 37.6; w Odesie 32,9; w Wenecyi 22,0; w Bukareszcie 25,2; w Madrycie 44.4; w Lizbonie 23,4; w Aleksandryi 33,6; w Nowym Jorku 23,3; w Filadelfii 20,3; w Bombayu 29,1; w Madrasie 67,2 *J. B.*

Śmiertelność we Lwowie (liczącym 115.544 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). W tyg. od 8—14 czerwca r. b. zmarło 85 osób, co odpowiada śmiertelności na rok i 1000 mieszkańców 38·3. W tym czasie zmarło 3 osób z cholery, 1 z krztuśca, 1 z gorączki połogowéj.

X. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 26 czerwca. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lek. prof. Browicz przedstawił ciekawsze preparaty anatomiczne, poczém Dr. Jaworski miał odczyt zapowiedziany.

* Prof. Rydel i w roku bieżącym bawić będzie w Krynicy przez drugą połowę lipca i miesiąc sierpień. Donosimy o tém zawczasu w interesie chorych, udających się do tego zdrojowiska, a którym nastręcza się sposobność w razie potrzeby korzystania z rady specyjalisty.

* Podajemy poniżéj obfitą treść dwóch zeszytów *Pamiętnika Tow. lek. warsz.*, które nas właśnie doszły. Oprócz prac oryginalnych mieszczą się w nich liczne sprawozdania. *Gazeta Lekarska* podając treść tych zeszytów wyraża zdziwienie swoje, że czasopismo to rozchodzi się w tak małéj ilości egzemplarzy, że koledzy tak obojętnie zapatrują się na wydawnictwo, które Towarzystwu lek. warsz. nietylko żadnego dochodu nie przynosi, ale przeciwnie naraża je rok rocznie na stratę tysiąca i kilka set rubli. Że zdziwienie to w zupełności podzielamy, dowodzi okoliczność. że na Zjeździe poznańskim wystąpiliśmy przeciw wnioskowi kol. Jaworskiego o założenie nowego czasopisma, poświęconego pracom doświadczalnym, tylko z tego powodu, że w *Pamiętniku* posiadamy już rodzaj archiwu, którego powodzenie pod każdym względem zależy jedynie od poparcia kolegów tak czytających jako i piszących. Może uchwała, która zapadła w sekcyi a następnie przez zebranie ogólne przyjętą została do wiadomości, uchwała, aby większe prace umieszczano w *Pamiętniku Tow. lek. warsz.*, przyczyni się do podniesienia najstarszego czasopisma lek. polskiego.

* Przewodnika gimnastycznego (organu Towarzystwa gimn. „Sokół“ we Lwowie) Nr. 6 z czerwca r. b. opuścił prasę. Treść: Kamień węgielny pod gmach sali Towarz. gimnast. „Sokół“ we Lwowie. — Uroczystość poświęcenia kamienia węgielnego pod gmach „Sokoła“. — Osnowa dokumentu odczytanego przy uroczystości założenia kamienia węgielnego. — Zarys ćwiczeń na skoczni (c. d.). — Gimnastyka na Zjeździe lekarzy i przrodników polskich w Poznaniu. — Kronika.

* **Ruch kąpielowy.** W Gainfarn gości 474, w Cieplicach czeskich 2895, w Giesshüblu 102, w Krynicy 215, w Luhaczowicach 452.

* **Monachijum.** Książe Karol bawarski, brat Cesarzowéj Austryjackiéj, otwiera z d. 1 lipca rb. w Tegernsee zakład dla chorych na oczy. Chorzy niezamożni mogą starać się o przyjęcie bezpłatne na mocy świadectwa ubóstwa i lekarskiego.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Dziekanem Wydziału lek. obrany prof. Vogl, prodziekanem prof. G. Braun, a zastępcami dziekana proff. Ludwig i Meynert.

* **Odznaczenia.** Robert Koch mianowany został — jedyny lekarz — członkiem Rady stanu król. pruskiego; równocześnie otrzymał nominacyję na stałego członka Deputacyi umiejętnéj.— Prof. Karol Braun w Wiedniu mianowany został przez Uni-

wersytet w Edynburgu doktorem honorowym. — Docenci prywatni Küssner i Oberst w Halli, oraz Damsch w Getyndze mianowani zostali profesorami nadzw.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 25: Maszkowskiego: Przypadek próchnienia kości 9go i 10go żebra z następczém ropném zapaleniem błon mózgo-rdzeniowych. W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 25: Święcickiego: O wpływie koniiny i niektórych przetworów sporyszu na skurcze pochwy; Fabiana: Hemoglobinemija i hemoglobinuryja (c. d.) W *Pamiętniku Tow. lek. warsz.* zeszycie 1 i 2 z r. b.: Schramma: Laparotomija przy niedrożności jelit; Kramsztyka J.: O zawartości tłuszczu w kale noworodków i o wessaniu tłuszczu w ich przewodzie pokarmowym; Grünbauma: Medycyna w talmudzie; Lubelskiego: Mieszkania robotników, ich zajazdy i noclegi; Świeżawskiego: Z higijeny publicznéj w dawnéj Polsce: wodociągi w Sandomierzu i Lublinie.

Redakcyja otrzymała:

Dr. O. WIDMANN (we Lwowie): Choroby serca i wielkich pni naczyniowych. Wydawnictwo Gazety Lekarskiéj. Warszawa 1884, in 8vo str. 385.

Dr. ANJEL: Uiber eigenthüml. Anfälle perverser Sexualerregung. (Osobne odbicie z Archiv f. Psych. XV, 2) in 8vo str. 6.

Dr. M. DUNIN-WĄSOWICZ (we Lwowie): Farmakognozyja. Zeszyt 4. Lwów 1884, in 8vo str. 181—228.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod top rkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 5 lipca 1884. №. 27. Rok XXIII.

I. O przeszczepianiu raka.

Wykład miany w dniu 3 czerwca 1884 na IV Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu.

Przez Dra W. Wehra ze Lwowa.

Wiadomo Panom, że dopiero w ostatnim lat dziesiątku od chwili pojawienia się teoryi Cohnheima nauka o etyjologii nowotworów weszła na nowe i właściwe tory badania racyjonalnego. Wiadomo Panom również, że Cohnheim opiera swą teoryję o płodowych zawiązkach nowotworów, nietylko *a*) na analogii bujania i rozrostu fizyjologicznego pewnych tkanin organizmu w pewnych dopiero okresach życia pozapłodowego (części płciowych zewnętrznych w wieku pokwitania, włókien mięsnych macicy podczas ciąży); *b*) na niezbyt rzadkiém pojawianiu się nowotworów wrodzonych, *c*) na dziedziczności, *d*) na całym dziale potworności — *monstra per excessum* — co do których jest rzeczą pewną, że polegają na nieprawidłowościach rozwojowych zarodka, lecz nadto na szeregu doświadczeń przedsięwziętych przez Zahna i Leopolda, którzy dowiedli, że tkanki płodowe wszczepione w zwierzęta dorosłe nietylko rosną daléj, lecz mogą bujać i wytworzyć rzeczywiście twory kilkaset razy większe od pierwotnie wszczepionych.

Jeżeli nadto uwzględnimy, że na podstawie teoryi zawiązków płodowych dadzą się najlepiéj wytłumaczyć wszystkie niemal dotychczas niewyjaśnione właściwości nowotworów, jakoto: pewna regularność w umiejscowieniu, heterologija, budowa anatomiczna, przypominająca pomimo rozmaitości utkań tkanki płodowe itp. — na co Cohnheim daje odpowiedź jasną, loiczną i bardzo przekonywającą, — to przyznać musimy, że już dziś po wykluczeniu teoryi traumatycznéj i infekcyjnéj, obawiać się należy zbytniéj jednostronności co do kierunku dalszych badań i spostrzeżeń. Nie ma bowiem nic naturalniejszego i dla umysłów ludzkich ponętniejszego, jak uznanie wielkiego prawdopodobieństwa za bezwzględną prawdę i podciąganie pod gotową i wygodną teoryję tworów, których geneza może jest inną.

Że zaś mamy do czynienia dopiero z wielkiém prawdopodobieństwem, przyznaje i sam Cohnheim .... *Ein zwingender positiver Beweis lässt sich freilich der Natur der Sache nach dafür nicht beibringen, wohl aber giebt es eine ganze Reihe von Thatsachen, welche der vorgetragenen Auffassung in hohem Grade günstig sind.*

Że zaś dużo jest tych faktów przemawiających za teoryją zawiązków płodowych nowotworów, świadczy stanowisko, jakie przyjęli przeciwnicy Cohnheima, a które bardzo trafnie zcharakteryzował Leopold .... „... polemizują w ten sposób, jakby się bronili przed przyjęciem nowéj nauki, którą w zasadzie już jednak wyznają."

Nie potrzebuję bliżéj zastanawiać się nad tém, jak wielką praktyczną ma doniosłość rozstrzygnięcie stanowcze téj kwestyi czyli rozwiązanie pytania, czy wszystkie nowotwory (*histoide* i *organoide Geschwülste* Virchowa) są utworami teratoidowemi, t. j. są wrodzone.

Jak bowiem w takim razie żadne znane nam i nie znane wpływy zewnętrzne, czy to mechanicznéj, czy chemicznéj, czy téż organicznéj natury, nie mogłyby wytworzyć nowotworu tam, gdzie nie było zawiązku płodowego, tak z drugiéj strony i usiłowania nasze doszczętnego, mechanicznego zniszczenia nowotworu musiałyby być zmodyfikowane i ograniczać się do pewnych, bardzo przyjaznych warunków.

Tu znów teoryja Cohnheima odnosi zwycięztwo nad licznemi, nieudanemi zabiegami terapeutycznemi.

W tém stadyjum znajduje się obecnie kwestyja etyjologii nowotworów. Zupełnéj pewności, czy teoryja Cohnheima jest słuszną, nie mamy, zdaniem mojém dla tego, że badania, mianowicie doświadczalne, są zaledwie rozpoczęte.

Pomiędzy innemi dwa pytania nie są stanowczo rozwiązane:

1) Co do kwestyi przeszczepienia nowotworu złośliwego z jednego indywiduum na drugie.

2) Co do bujania rozmaitych tkanin płodowych u różnych zwierząt, gdyż doświadczenia Zahna i Leopolda ograniczają się przeważnie do tkanki chrzęstnéj i kostnéj.

Kwestyi téj więcéj obecnie poruszać nie będę; brak zaś stanowczéj odpowiedzi co do możliwości przeszczepienia raka, względnie nowotworu złośliwego, postaram się Panom udowodnić.

I tak: Już w końcu zeszłego wieku zajmowano się przeszczepieniem nowotworów ludzkich na zwierzęta, jak o tém świadczy rozprawa Peyrilhea ogloszona w 1774 r. Peyrilhe wstrzyknął nieco soku z raka piersi zwierzęciu pod skórę grzbietu i wywołał dnia 5go naciek cuchnący w tkance podskórnéj. Bezwątpienia miało tu miejsce zakażenie septyczne a nie *Carcinosis*, ogólna jak sądził Peyrilhe. Po nim: Alibert, Desault, Dupuytren, Valentin, J. Vogel, Virchow wstrzykiwali sok, albo też roztarte strzępki nowotworów zwierzętom do żył bezskutecznie.

Pierwszym badaczem, który najprawdopodobniéj otrzymał wynik pomyślny, był dzisiejszy nestor chirurgów niemieckich Bernard Langenbeck. Wstrzyknął on w 1840 r. psu do żyły udowéj nieco soku z *Carc. medullare humeri* człowieka. Pies wychudł, a gdy go po 2 miesiącach zabił przez przecięcie rdzenia przedłużonego, znalazł przy sekcyi kilka guzków w płucach wielkości soczewicy i fasoli, które okazywały budowę mikroskopową tę samą, co nowotwór ludzki. Virchow ocenia jednak ten przypadek w ten sposób: *Ich habe selbst die Zeichnungen des Herrn Langenbeck von der mikroskopischen Zusammensetzung der Lungenknoten gesehen. Sie haben mehr Aehnlichkeit mit spontanen Krebsformen, wie ich sie auch bei Hunden untersucht habe, als mit menschlichen Krebselementen.*

Po czyjéj stronie słuszność, trudno rozstrzygnąć.

Że oględność w tym rodzaju doświadczeniach nie zawadzi, przekonywa zajście z owym kotem Weberowskim z nieznacznem owrzodzeniem wargi, który zdechł Weberowi podczas narkozy, przed mającém się dokonać doświadczeniem, a sekcyja wykazała metastazy raka w gruczołach, płucach i śledzionie, wrzód zaś na wardze był rakiem przybłonkowym. Kot Webera miał jednak wrzód na wardze; pies Langenbecka zaś był zupełnie zdrów przed operacyją.

Również powątpiewa Virchow o 2gim wyniku pomyślnym Leberta i Follina, którzy wstrzyknęli psu do żyły szyjnéj 60—70,00 soku rozcieńczonego wodą z raka sutkowego. Po 14 dniach pies zdechł, a badanie wykazało guzki rakowe jak groch i fasola w ścianach serca, to samo w wątrobie, tylko mniejsze.

C. O. Weber otrzymał także dwa razy wyniki dodatnie. Raz po zastrzykaniu psu soku z raka szczęki górnéj w żyłę udową wytworzyła się po 10 dniach w ranie masa granulująca wielkości pięści, która okazywała tę samą budowę anatom. co i nowotwór pierwotny. Guz ten począł obumierać i zmniejszać się i pies uciekł. W drugim przypadku wszczepił Weber strzępki z raka przybłonkowego na ranę udową. Po kilku dniach wytworzyły się wybujałe granulacyje natury rakowatéj; po 9 tygodniach wrzód się jednak zabliźnił.

Goujon 1867 zdaje znów sprawę z trzech wyników pomyślnych. *a)* Po zaszczepieniu pod skórę białemu szczurowi *Carc. medullare* (*Encephaloid*) znalazł po upływie 2 miesięcy w jamie płucnéj pod mostkiem guz wielkości migdała podobnéj budowy i powiększone w trójnasób wszystkie gruczoły. *b)* U świńki morskiéj po zaszczepieniu pod skórę karku *Carc. medullare* (*Encephaloid*) znalazł po 25 dniach zwierzę nieżywém, a w miejscu wszczepienia guzek dwuzrazikowy, jak 2 grochy, z komórek przybłonkowych się składający z równoczesném powiększeniem i stwardnieniem gruczołów. *c)* U psa zaś po wstrzyknięciu soku rak do żyły udowéj, wytworzył się w miejscu zastrzykania wrzód głęboki, a po zabliźnieniu guzek. Pies po 2 miesiącach zginął. Hyvert otrzymał także wynik pomyślny; Billroth w 9 doświadczeniach zawsze ujemne.

Lebert i Wyss w doświadczeniach nad gruźlicą przeszczepiali gruczoły, melanozę, mięsaki i raki i otrzymali w 1szym przypadku po 4 miesiącach po przeszczepieniu melanozy z konia na królika liczne guzki rozsiane melanotyczne około miejsca zaszczepienia. Reszta zwierząt szczepionych (królików) ginęła po większéj części z *septico-pyemii.*

Doutrelepont szczepił raka 3 psom, 2 królikom i 1 śwince morskiéj. W 2 przypadkach nie miał żadnego rezultatu; reszta zwierząt zginęła z *Peritonitis* i *pyemii.* Nakoniec Nowinsky z 42 przypadków zaszczepienia raka błony śluzowéj nosa z psa otrzymał 2 razy małe guzeczki w miejscu zaszczepienia, zresztą wyniki ujemne.

Dziwną jest rzeczą, iż w obec tak niepewnych i niezgodnych wyników nikt do dziś dnia nie zajął się gruntownem zbadaniem téj kwestyi. Bo przecież, że mamy do czynienia z nowotworami, które nie tylko w miejscu pierwotnéj siedziby rość i rozwijać się mogą, to poucza niemal codzienna obserwacyja przerzutów nowotworów. A twierdzenie Cohnheima, że przerzuty nowotworowe nie są zależne od natury nowotworu, lecz tylko od charłactwa ogólnego i braku odporności tkanin, nie ma nic do rzeczy; w takim razie szczepićby tylko wypadało na indywidua charłacze. W ogóle wydaje się być zupełnie słusznem zapatrywanie Virchowa z r. 1863 (*Die krankhaften Geschwülste*), że przeszczepianie nowotworów zasługuje ze wszech miar na to, aby liczne doświadczenia wykonywać daléj i z zupełnie świeżemi tkaninami, oraz z roku 1880 (*Krankheitswesen und Krankheitsursache*), że wszystko zależy od wykrycia korzystnych warunków, aby przeszczepione części mogły bujać daléj. Virchow przytacza, że nieraz brał od Graefego świeżo wyłuszczone gałki oczne z mięsakami barwikowemi naczyniówki i wszczepiał kawałki tych nowotworów pod spojówkę królikom, zawsze nadaremnie, gdyż zawsze i większe kawałki ulegały wessaniu, gdy u chorych wkrótce występowały przerzuty. Z czego bynajmniéj nie wynika, mówi Virchow, żeby mięsak barwikowy naczyniówki nie był złośliwym bujającym nowotworem z samodzielnie bujającemi komórkami (*mit autonomen Zellen)*, tylko że miejsce wybrane i sposób zaszczepienia nie były korzystne.

W celu o ile możności pewnego rozwiązania tego pytania przedsięwziąłem w pracowni szkoły weterynaryi we Lwowie wraz z profesorem anatomii téjże szkoły, kol. Kadyjem, szereg doświadczeń na zwierzętach.—Obecnie jesteśmy w stanie przedłożyć Panom dopiero początkowe wyniki, gdyż badania tego rodzaju muszą być bardzo liczne, aby pewną otrzymać odpowiedź, a nadto są zależnemi od nadarzającego się materyjału.

Dziś już jednak wyniki mamy tego rodzaju, że nie tylko zachęcają do dalszych badań, lecz nadto dają wszelkie prawdopodobieństwo możliwości przeszczepienia raka

z jednego indywiduum na drugie, jeśli nam się tylko powiedzie wykryć sprzyjające warunki. Ze suczki z rakiem pochwy zaszczepiliśmy trzem psom świeżo wycięte strzępki nowotworu, a mianowicie: psu *a)* pod błonę śluzową wargi dolnéj, psu *b)* i psu *c)* pod skórę brzucha w *hypogastrium*. Rany u wszystkich psów zabliźniły się w 3—4 dni *per primam*. W kilka dni potém dały się wyśledzić u wszystkich 3 psów guzki przesuwalne pod skórą, które powiększały się: u psa *a)* doszły po 4 tygodniach do wielkości grochu, u psa *c)* do wielkości orzecha laskowego (w tym stanie był przedstawionym przez kol. Kadyjego w Tow. lekarskiém lwowskiém), u psa *b)* do wielkości fasoli po 26 dniach, z którego preparat po zabiciu w tym czasie przedkładam. (Demonstracyja).

U psa *a)* guzek znikł po 2 miesiącach, u psa *c)* począł się zmniejszać w tym samym czasie i został wyciętym.

Z noworu (*sarcoma*) z pod pachy psa zaszczepiłem trzem psom pod skórę brzucha w siedmiu miejscach; po 3 tygodniach we wszystkich miejscach zaszczepionych wykazać można było guzki, w kilku miejscach zwiększające się; doświadczenie do dziś nieskończone nie daje się jeszcze zużytkować.

W obec więc faktów, że nieudane doświadczenia poprzedników po największéj części wynikały ztąd, że do rany po przeszczepieniu przyłączało się zapalenie, które u nas przy zachowaniu pewnych ostrożności antyseptycznych nigdy niemal nie miało miejsca, daléj w obec faktu, żeśmy po zaszczepieniu prawie zawsze otrzymywali guzki téj saméj budowy histologicznéj, co pierwotny nowotwór, dają się wyprowadzić następujące wnioski: 1) Że twierdzenie Cohnheima, wykluczające stanowczo możliwość przeszczepienia nowotworu z jednego indywiduum na drugie, jeśli nie jest niezgodne z prawdą, to co najmniéj przedwczesne, gdyż liczne nieudane doświadczenia poprzednich badaczy z tego powodu nie rozstrzygają téj kwestyi, ponieważ do rany po zaszczepieniu przyłączało się zwykle zapalenie. 2) Że przy zachowaniu pewnych ostrożności antyseptycznych wytwarzają się niemal zawsze z przeszczepionych kawałków nowotworów u psów guzki téj saméj budowy anatomicznéj 200—300 razy większe od pierwotnie wszczepionych strzępków. 3) Wyniki powyższe bynajmniéj nie pozwalają wyprowadzać wniosku, jakoby kwestyja przeszczepialności raka była już rozstrzygniętą, lecz tylko popierają zapatrywanie Virchowa, że wszystko zależy od wykrycia korzystnych dalszemu rozwojowi warunków, aby nowotwór przeszczepiony mógł rozwijać się daléj na nowém indywiduum.

Poznanie tych warunków będzie naszém zadaniem i celem dalszego ciągu podjętych doświadczeń.

II. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

O stosowaniu leczniczém nowéj soli karlsbadzkiéj i zachowaniu się téjże w przewodzie pokarmowym.

Podał na podstawie doświadczeń klinicznych
Dr. W. Jaworski,
Docent Uniwersytetu Jagiell.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 26).

6. Co się tyczy wpływu soli na mechaniczną funkcyję żołądka, to ten dokładnie zmierzyć się nie da. Tyle jednak można z pewnością wnioskować, że czynność mechaniczna żołądka zostaje znacznie podnieconą, gdyż jak doświadczenia Tappeinera i Anrepa (*Zeitschrift f. Biologie* 1880 p. 497 *und* 1881 p. 504) uskutecznione na żołądkach zwierząt wykazują, że chłonienie żołądka jest bardzo małe, co w tym przypadku jeszcze więcéj uprawnia do przypuszczenia podniecenia ruchów żołądka, że z doświadczeń nad stolcami XXV. i XVI. okazuje się, że już w niespełna godzinie treść żołądka po zażyciu soli występuje w stolcach, czyli że w tym czasie przeszła przez cały przewód pokarmowy. Po pobudzeniu żołądka do ruchów następuje jednak wkrótce zupełne znużenie, jak to dobitnie wykazują dośw. X. 54, 55, gdzie po zadaniu 5gmowéj dawki po pół godziny już soli nie znaleziono w żołądku, a wprowadzona zaraz nowa dawka 5 gramowa po upływie pół godziny jeszcze we większéj połowie w żołądku się znajdowała. Również dośw. X. 59, 60, wykazują, że po dużéj dawce (10 gm.) soli naraz czynność mechaniczna i wydzielnicza znaczniéj zostaje upośledzoną, niż przy téj samej dawce, lecz podzielonéj, podanéj w przeciągu tego samego czasu. Funkcyja więc żołądka pod wpływem większych dawek soli zostaje więcéj upośledzoną, niż pod wpływem mniejszych.

7. Dośw. I. 3, 4, pouczają daléj, że czynność żołądka nie każdego dnia jest zupełnie taka sama; ta sama dawka soli w tych samych warunkach wydała bowiem u tego samego indywiduum w różnych dniach nieco odmienne wyniki.

8. W kilku doświadczeniach zauważyłem, że u indywiduów, u których treść żołądka bez soli karlsb. była zawsze bezbarwną, po podaniu soli karłsb. np. w przyp. VIII. szczególniéj jeżeli po niedługim czasie a większych dawkach aspiracyję przedsięwzięto, mocno żółto zabarwioną. W jakim związku stoi to pojawienie się żółci w żołądku po zadaniu soli karlsb., dokładnie wyjaśnić nie umiem. Należy przypuścić, że albo wydzielanie żółci staje się od razu bardzo znacznem, jakby przemawiały za tem doświadczenia Rutterfordta, Vignala i Dodds'a (*Brit. med. Journ.* 1879 T. I), że siarkan sodowy wpływa znacznie na zwiększenie wydzielania żółci (węglan sodowy o wiele mniéj), albo co jest w tym przypadku prawdopodobniejszém, że w pierwszéj chwili dostania się soli do żołądka powstają silne ruchy robaczkowe w górnych częściach przewodu pokarmowego, co u niektórych indywiduów ruchem wstecznym t. j. natychmiastowemi wymiotami po użyciu soli karlsb. się objawia, wskutek czego żółć i do żołądka może się dostać. Zawsze jednak wskazuje ten objaw, że sól karlsbadzka przyczynia się do wypróżnienia przewodów żółciowych.

9. Dośw. II. 13, IV. 25, X. 58, XIII. wykazują, że sól karlsb. rozpuszcza w żołądku śluz, spłukując go ze ścian, a oddziaływanie na śluz ma zawsze miejsce, jeżeli treść jest jeszcze alkaliczną, jak to bardzo wyraźnie okazuje się w przypadku XII. Śluz ze żołądka i jelit gromadzi się w późniejszych stolcach, w których można spostrzedz obok niedotrawionych resztek pokarmów i galaretowate kawałki śluzu.

10. Dośw I. 4, 5, II. 12, 13, III. 16, 17, IV. 24, 25, V. 27, 28, XIII. 68, 70, w których podawano rozczyn soli przy ciepłocie pokojowéj 18° C., wykazują, że przy tych samych warunkach daleko znaczniejsza ilość płynu w żołądku się gromadzi, i o wiele więcéj węglanu i siarkanu sodowego pozostaje, a kwasota i trawienie treści po zadaniu rozczynu ciepłego stają się o wiele znaczniéj upośledzone, niż po użyciu rozczynu zimnego; a z dośw. XIII. 69, wynika, że najdłużéj i w największéj ilości pozostaje w żołądku rozczyn letni (30° C.). Tylko w jednym przypadku VIII. 41, 43,

wydał tak ciepły jakotéż zimny roczyn soli prawie ten sam wynik.

11. Woda sodowa użyta jako rozczynnik dla soli karlsbadzkiéj, miasto wody przekroplonéj, w porównaniu wypadków u tych samych indywiduów VIII. 41, 42 XIII. 68, 71, zmniejsza alkaliczność, a w innych przyp. II. 12, 14, VI, 32, 33, XIII, 68, 71 równocześnie i ilość siarkanów w treści żołądkowéj, i podnosi przytém siłę trawiącą téjże, co przypisać należy nietylko przyspieszonemu chłonieniu soli w żołądku pod wpływem kw. węglowego, ale raczéj, biorąc na uwagę to, co się powiedziało przy występowaniu stolców, w tym razie polega na szybszém wydalaniu płynu ze żołądka, czyli na podnieceniu jego ruchów działaniem kw. węglowego. Przypadek I. 3, 6, przemawiałby na niekorzyść wody sodowej, lecz to tylko pozornie; należy bowiem mieć na uwadze, że *maximum* zadrażnienia żołądka pod wpływem domieszki wody sodowéj występuje wcześniéj, niż bez téjże, a badane stadyum przypadło już na chwilę opadu podrażnienia czynności żołądka. W ogóle więc woda sodowa okazuje się jako korzystny dodatek do soli karlsbadzkiéj.

Porównywając przypadki, w których użyto jako rozczynnika wody ciepłéj, widzimy, że o ile ta ostatnia mechanizm i chemizm trawienia upośledza, o tyle woda sodowa je podnieca, a nawet zmniejsza wpływ niszczący soli karlsbadzkiéj na ferment trawiący.

IV. Ostateczne wnioski co do działania soli karlsbadzkiéj na przewód pokarmowy.

Zestawiając kolejne działanie soli karlsb. na przewód pokarmowy, widzimy, że sól karlsb. wprowadzona do żołądka niszczy kwas i ferment trawiący, rozpuszcza śluz, wywołuje ruch robaczkowy żołądka a w następstwie całego przewodu pokarmowego, objawiający się w początkach wypróżnieniami gazowemi, podczas gdy rozczyn soli przechodzi szybko do jelit i zabierając śluz i miazgę pokarmową z górnych odcinków przewodu pokarmowego, już w niespełna godzinie może się znajdować w stolcach. Nim jednak dojdzie do jelita grubego, to wprzód zwykle treść tychże za pierwszemi ruchami robaczkowemi wypróżnioną już została. Równocześnie żółć wylewa się obficie do dwunastnicy i przechodzi do stolców zabarwiając je wyraźnie zielonkowato-żółto, przytem dość często dostaje się również i do żołądka. Gdy to się dzieje w jelitach, rozczyn soli wywołuje obfite wydzielanie kwasu żołądkowego, które dosięga w przeciągu 1 — 1 $^1/_2$ godz. swojego maximum, potem nagle opada; ferment zaś trawiący zniszczony solą karlsb. w miarę znikania alkaliczności i siarkanu sodowego również się odnawia, lecz bardzo powolnie i pozostaje znacznie poza wydzielaniem kwasu żołądkowego. Z ustaniem stolców i osiągnięciem maximum siły trawiącéj soku żołądkowego okres podniecenia po użyciu soli karlsb. jest ukończony, poczém następuje nagły opad i spoczynek funkcyi żołądka.

Że pod wpływem soli karlsb. z błony śluzowéj przewodu pokarmowego płyn także się wydziela, okazuje się to tak ze przyspieszonego wydzielania soku żołądkowego jakotéż żółci. Jednak ilość wydzielonego płynu nie da się ocenić, gdyż równocześnie występuje powiększone chłonienie, które objawia się tém, że ilość moczu i parcie się wzmaga, a mocz już w przeciągu godziny może być alkaliczny, podczas gdy w stolcach stosunkowo mała ilość soli karlsbadzkiéj się znajduje.

W powyższy sposób zachowuje się sól karlsb. po dawkach średnich. W dawkach małych kończy się jednak na chwilowém podnieceniu żołądka do wydzielania, a jelit do ruchu robaczkowego, niedostatecznego jednak do wyparcia treści stałéj lecz tylko lotnéj z tychże, a cały ten akt w niespełna pół godziny już przemija.

W dawkach za dużych, po silnem podnieceniu zaraz następuje znużenie czynności wydzielniczéj żołądka i ruchów całego przewodu pokarmowego, wskutek czego pozostaje sól w żołądku do 2 godzin, a ruchy jelit po pierwszém podnieceniu i następowém wypróżnieniu tak słabną, że znaczna ilość płynu z górnych części przewodu pokarmowego zbiera się w tychże, co chlupaniem wykazać można, a pacyent czuje pełność a nawet palenie w skutek działania drażniącego rozczynu na błonę śluzową jelit, a pomimo to stolce nie odchodzą.

V. O przeciwwskazaniach w stosowaniu soli karlsbadzkiéj.

Na podstawie powyższych doświadczeń będę się starał podać kilka przeciwskazań, a przynajmniéj ostrożności w stosowaniu soli karlsb.

1. Jeżeli przez aspirowanie żołądka, pomimo przypadów tak zwanych gastrycznych otrzyma się treść prawidłową lub nadmiarowo kwaśną od kw. solnego i silnie trawiącą, jak to ma miejsce często w chorobach żołądka n. p. w dyspepsyi nerwowéj, jakotéż w pierwszym okresie nieżytu żołądka, to podając sól karlsb. kwasotę, która jest przyczyną dolegliwości podmiotowych, tylko się podnieca. Tego przeciwwskazania nie należy uważać jeszcze jako bezwzględne, gdyż dalsze obserwacyje kliniczne podobnych przypadków mogą wykazać, że po dłuższém stosowaniu soli karlsb. żołądek może się tak zachować, jak po dawkach powtarzanych, t. j. może nastąpić po pierwszych dniach podrażnienia znużenie wydzielnicze, a tém samém i zmniejszone wydzielanie kw. żołądkowego.

2. W rozstrzeni znaczniejszego stopnia rozczyn soli za długo pozostaje w żołądku, drażni go, wpływa niszcząco na trawienie, które i tak we wysokim stopniu jest upośledzone, a chory odczuwa to jako ciężkość, pełność i nudności w jamie brzusznéj.

3. W czasie wypełnienia żołądka pokarmami, a zatém tuż po spożyciu pokarmów żołądek sam przez się jest przez pokarmy podrażniony, a nadto treść żołądka jeszcze nie przetrawiona i składająca się nieraz z dużych kawałków nie dogryzionych pokarmów, dostając się szybko do jelit, te mocno podrażnia. Dlatego należy poczekać 6 — 7 godź., a w stanach patologicznych żołądka i dłużéj po spożyciu pokarmów, nim się poleci użycie soli karlsbadzkiéj.

W następujących dalej przypadkach nie należy używać za wysokich dawek soli karlsbadzkiéj:

4. W przypadkach zaostrzenia nieżytu jelita grubego, w przypadku *proctitis acuta*, jakotéż guzów krwawnicowych; gdyż sól karlsb. dostając się w większéj ilości do jelit podrażnia silnie błonę śluzową i sprawia nietylko silne palenie i parcie, lecz i krwotok, co wykazali Czerny i Latschenberger (*Virch. Arch. T. 59. z r. 1859 p. 162*) rzeczywiście na psach, podając tymże lewatywy solne 1 — 2%.

5. W przypadkach upośledzonéj drożności jelit, gdyż nagle znaczna ilość treści zbiera się równocześnie z rozczynem solnym nad zwężeniem, gdzie drażni błonę sluzową jelita i sprawia przykre uczucie podmiotowe.

6. W przypadkach znacznego niedowładu błony mięsnéj jelit, gdyż tu trzebaby znaczne dawki soli karlsb. stosować, co znów w wysokim stopniu niekorzystnie oddziaływa nietylko na trawienie żołądkowe, lecz w równym stopniu i je-

lit. Według doświadczeń bowiem Lannoisa i Lepinea wykonanych na pętlach jelit u psów (*Compt. rend. soc. biol.* 1882 p. 99) siarkan sodowy w górnych częściach jelit biorących największy udział w chłonieniu, wessanie peptonów w bardzo wysokim stopniu upośledza. Tłumaczy się tém upadek odżywienia i ogólne osłabienie po dużych, a częstych dawkach soli karlsb. W tém przypadku należy raczéj używać soli karlsb. w postaci lawatyw.

7. U osób osłabionych, jakotéż wrażliwych, lub mających odrazę do środków solnych należy sól karlsb. zastąpić innym środkiem. (Dok. nast.)

III. Kazuistyka lekarska.

Pięć spostrzeżeń z warszawskiego szpitala dla dzieci wyzn. mojżeszowego małż. Bersohnów i Baumannów.

Opisał Dr. **Ludwik Wolberg**,
miejscowy lekarz szpitala.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 25).

4) Chorea magna czy też histeryja?

Do ambulatoryjum szpitala dla dzieci zgłosiła się 17 stycznia 1883 r. kobieta, prowadząca za rękę chłopczyka 12-letniego, bladego, o ponurém spojrzeniu. Matka prosiła o przyjęcie dziecka do szpitala, podając, że jest warjatem (*miszyge*). Waryjactwo chłopca, wedle jéj słów, polega na tém, że od czasu do czasu staje się jakby martwym, przewraca oczy do góry, pada na ziemię lub na łóżko, gdzie się zdarzy, leży tak chwilkę, a potém powraca do przytomności, nie wiedząc nawet, co się z nim działo. Podczas takiego napadu można go bić, krzyczeć nań, oblewać zimną wodą, nic nie pomaga; a natychmiast po napadzie powraca do poprzedniego prawidłowego stanu, bawi się daléj, lub je, słowem wraca do tego samego zajęcia, podczas którego napad go zaskoczył. Podczas napadu nie miewa żadnych drgawek, ani skurczów, ani wyprężania, ani podrzucań, leży jak trup. Przed napadem żadnych zwiastunów, ani krzyku, ani bólu, ani dławienia. Ilość napadów przez dzień jest rozmaitą, zwykle jednak kilkanaście. O przyczynach jakotéż o rozwoju i przebiegu cierpienia ani matka, ani pacyjent nie mogli nas poinformować. Tyle tylko mogłem się od matki wywiedzieć, że chłopiec poprzednio zupełnie zdrów. przed ośmiu dniami zaczął uskarżać się na ciągły ból głowy, a dopiero na kilka dni przed udaniem się do szpitala, dostał pierwszego napadu. Tegoż samego dnia miał jeszcze trzy napady, a następnych dni stan się pogarszał, ilość napadów bowiem zwiększała się, a ból głowy wciąż trwał. W nocy sypia spokojnie i wcale napadów nie miewa.

Przystąpiwszy do badania przekonałem się, że chłopiec jest wątłéj budowy, bladéj cery i ma dosyć blade wargi. Źrenice znacznie rozszerzone, brwi ściągnięte, a oczy biegają, co właśnie stanowi przyczynę owego posępnego, a niepewnego spojrzenia, głowę trzyma pochyloną na piersi. Chodzi krokiem pewnym, odpowiada zupełnie rozsądnie, ale dosyć apatycznie. Twarz wyraża więcéj zamyślenie i cierpienie, niżeli stępienie inteligencyi. W narządach wewnętrznych nie znalazłem nic nieprawidłowego. Szmerów w sercu nie słychać, brak ich też w żyłach szyjnych. Wypróżnienia miewa codziennie. Nie mogłem stwierdzić ani zębów zepsutych, ani długotrwałego wypływu z ucha, ani kamieni, ani uzasadnionego podejrzenia samogwałtu; słowem nie znalazłem żadnéj przyczyny, któraby mogła wytłumaczyć owe napady jako odruchowe. Pomimo tego możliwém jest, że odruchy były wywołane jakimś niedającym się zbadać stanem któregokolwiek z wewnętrznych narządów lub mózgu (p. Henoch: *Ueber Chorea. Berl. klin. Woch.* 1883, Nr. 52).

Co do anamnezy, to chłopiec dotychczas żadnych chorób nie cierpiał, reumatyzmu także nie miał, a u rodzeństwa i rodziców chorób nerwowych lub umysłowych nie uważano. Chłopak uczęszczał dla kształcenia się do chejderu; być bardzo może, że tam jakaś surowsza kara lub groźba, lub inny bodziec psychiczny był przyczyną wywołującą cierpienie.

Zaraz drugiego dnia po przyjęciu (19 stycznia) byłem świadkiem napadu. — Chory w kilka minut po zbadaniu go przezemnie siedział jeszcze na łóżku; nagle bez krzyku upadł na wznak na łóżko; twarz jeszcze bardziéj niż zwykle zbladła, powieki przymknęły się. Żadnego skurczu ani drgawek. Otworzyłem powieki, gałki były zwrócone ku górze, przy dotykaniu rogówek odruchowo zwierały się powieki. Chory podczas napadu słyszy, jak się zdaje, ale nie może ani odpowiadać, ani poruszyć się. Lżejszych ukłuć i szczypania nie czuje. Mimowolnego oddawania kału, moczu, lub pienienia się śliny nie zauważyłem. Palce rąk i nóg wyprostowane, mięśnie zupełnie miękkie. Podniesiona ku górze ręka lub noga opada bezwładnie, jak się tylko ją opuści. Cały obraz uderza podobieństwem do zemdlenia. Tętno raźne 80, oddychanie spokojne, ciepł. 37·2. Napad trwa bardzo krótko, od pół minuty do pięciu najdłużéj i ustaje tak szybko, jak się zjawił. Chory otwiera oczy, siada na łóżku, zaczyna rozmawiać, a najczęściéj sam mówi, który z rzędu napad przechodził tego dnia. Po napadzie nie czuje ani znużenia, ani bólu, nie wie dokładnie, co się z nim działo. Badanie wziernikowe dna oczu wykazało tylko lekkie zaczerwienienie tarczy obu nerwów wzrokowych. Podczas wziernikowania, które z 10 minut trwało, chory dostał napadu, ale wówczas oczy były tak silnie zwrócone ku górze, a źrenice ukryte pod górnemi powiekami, że nie mogłem zbadać oczu podczas samego napadu. Dodać jeszcze muszę, że podczas napadu chory najczęściéj przekładał głowę na lewe ramię, albo też zwieszał ją przez lewy brzeg łóżka.

Napady są znacznie częstsze w rannych godzinach, niżeli po obiedzie. Może być, że sytość i trawienie odruchowo zmniejszają pobudliwość środków nerwowych. Wiemy przecie, że u wielu histeryczek obfite jedzenie uspokaja niektóre przypady.

Pierwszego dnia pobytu w szpitalu miał chory 9 napadów, drugiego 11, trzeciego 12, czwartego dnia 13; tegoż dnia uskarżał się na ból głowy tuż nad okiem prawém.

Z początku, zanim dokonałem dokładnego badania i obserwacyi chorego, działałem objawowo i zacząłem od oczyszczenia kiszek, a następnego dnia przypuszczając ogólne osłabienie organizmu zapisałem żelazo i pożywną dyjetę, złożoną z mięsa, mleka, jaj i bułek. Obok tego dla uspokojenia nerwów bromek potasu (drach. na 3 unc. wody, co 3 godz. łyżeczkę). Napady jednak nie ustawały, przeciwnie ilość ich zwiększała się. Przypuszczając obecność glist zadawałem choremu kusynę, ale bez skutku. Następnie pozostając przy dawnych lekarstwach, poleciłem wycierać chłopca ręcznikami, w zimnéj wodzie maczanemi. Pomimo wszystkiego nie widziałem najmniejszéj poprawy. Dzienna ilość napadów przez cały czas pobytu chłopca w szpitalu (do 16 lutego, zatém przez cały miesiąc) nie zmniejszyła się, wahając się między 10 a 16 na dobę. W nocy chłopiec spał spokojnie. W czasie kuracyi narzekał niekiedy na ból pod dołkiem, który zwykle zjawiał się nad ranem i przechodził po godzinie. Ani mdłości, ani odbijanie nie towarzyszyły bólowi.

Nie widząc poprawy, matka zabrała chłopca ze szpitala; nie straciłem go jednak z oczu, gdyż mieszkał w mojém sąsiedztwie. Z początku przez kilka dni doznawał on w domu takich samych napadów jak w szpitalu, po tygodniu jednak obraz gwałtownie się zmienił. Pomiędzy napadami prawie nie było wolnych przestanków, podczas których chory byłby zupełnie zdrowym. Napady następowały jeden po drugim i nie odznaczały się już, jak poprzednio, chwilową utratą przytomności i trupią bezwładnością, lecz stały się bardziéj podobnemi do napadów manijakalnych. Podczas napadu chory tracił przytomność, nie rozumiał, co do niego mówiono, rzucał się z początku na wszystkie strony, machał rękami i nogami, uderzając niemi to o łóżko, to o ścianę, wyrywał się tym, którzy go trzymać chcieli, podrzucał całém ciałem do góry i wyprężony odpoczywał chwilkę, opierając się o łóżko tylko głową i stopami, jak zgrabny akrobata, następnie znowu opadał, jakby zmęczony na łóżko. Przy tém wszystkiém niezrozumiale krzyczał, pluł na wszy-

stkie strony, bił otaczających i siebie, to otwierał, to zamykał oczy. Po kilku minutach uspokajał się, oddychał głęboko, jak człowiek zmęczony długiém bieganiem, opadał bez sił na łóżko, odzyskiwał przytomność, rozglądał się, a po 10—15 minutach odpoczynku znów z przeciągłym krzykiem podrzucał się w górę, tracił przytomność i przedstawienie na nowo się rozpoczynało. Chory po napadzie wcale nie wiedział, co wyrabiał podczas niego, czuł tylko zmęczenie. Matka przez cały dzień doglądała dziecka, starając się zabezpieczyć je od skaleczeń, wypadnięcia z łóżka itd. W nocy spokojnie sypiał po kilka godzin, lecz wkrótce po przebudzeniu się rozpoczynały się napady.

Zawezwany do chorego na trzeci dzień po wystąpieniu owych napadów zaprosiłem na naradę kol. **Gajkiewicza**, który zgodził się na moje rozpoznanie (*Chorea magna*). Poleciliśmy bromek potasu w 10 gramowych dawkach, trzy razy dziennie i rozpylanie eteru wzdłuż kręgosłupa. Napady te trwały jeszcze przez pięć dni, nie zmieniając się wcale, następnie jednak rzadziéj przychodziły i krócéj trwały, a po kilku dniach napady nagle ustały, lecz natomiast chory zaczął zupełnie mówić od rzeczy, opowiadać o jakichś podróżach, o nieznajomych ludziach, albo też nie odzywając się ani słowa siedział po kilka godzin w kącie. Ten stan trwał przez kilka dni; matka wówczas zupełnie zaniechała leczenia. Gadanie bez sensu trwało przez sześć dni a potém ni ztąd ni zowąd ustąpiło, żadne nowe objawy nie zjawiły się i chłopczyk powrócił do stanu normalnego, w jakim go już od trzech miesięcy nie widziano.

Od owego czasu miałem sposobność kilka razy na ulicy spotykać dawnego pacyjenta, który podobnież jak i jego matka, utrzymywał, że ma się zupełnie dobrze, i że ani dawne napady, ani żadne inne objawy nie pokazały się. **Padaczkę** mogliśmy wykluczyć na téj zasadzie, że obraz choroby stopniowo się zmieniał, że napady były bardzo częste, co pół godziny, że w pierwszym okresie choroby nie było żadnéj hyperkinezy podczas napadu, a ruchy i rzucania się drugiego okresu wcale nie były podobne do drgawek lub skurczów padaczkowych. Również ulega wykluczeniu *Chorea minor* (taniec św. Wita), podczas którego pewnego rodzaju niekoordynowane rzuty i skurcze mięśni występują wtedy, gdy chory chce wykonać inny ruch. W téj chorobie nie ma utraty przytomności, obraz choroby pozostaje jednostajnym aż do wyzdrowienia; recydywy są częste, a gościec i wada serca najczęstszą wywołującą przyczynę. Wreszcie przypuściéby można, że chory po prostu **udawał**. Za tém przemawiałoby nagłe wyzdrowienie, przeciw temu jednak przemawiają liczniejsze i ważniejsze okoliczności. Chory byłby w stanie udawać utratę przytomności, krzyki, rzucania się, lecz nie mógłby blednąć na zawołanie, źrenice nie rozszerzyłyby się i oczy nie zwracałyby się tak pilnie ku górze. Przytém prawie ustawiczne rzucanie się podczas drugiego okresu, po wyjściu chorego ze szpitala, nie było także udaném, gdyż udającemu brakłoby sił, a właśnie tylko śród napadu hysterycznego chorzy nawet wątli zyskują jakby nadprzyrodzone siły. Zmienność objawów i podział choroby na trzy okresy utraty przytomności (jakby omdlenia), rzucania się podobnego do manii, a wreszcie lekkiego pomięszania umysłu, z następném prawie nagłém wyzdrowieniem i to wtedy, zaniechano wszelkiego leczenia, przemawia również za hysteryją, która znajduje potwierdzenie w bladéj cerze, niepewnemu spojrzeniu, mrukliwemu a zarazem drażliwemu usposobieniu pacyjenta.

Przyznaję, że podczas pobytu chłopca w szpitalu, choć podejrzywałem hysteryję, jednak rozpoznałem *Vertigo epileptica*, a dopiero po nagłéj zmianie całego chorobowego obrazu utwierdziłem się co do rzeczywistości pierwotnego podejrzenia.

W przypadku tym jedna rzecz pozostaje zupełnie ciemną, mianowicie przyczyna, która wywołała cierpienie. Można przypuszczać samogwałt tak częsty u dzieci szczególniéj uczęszczających do szkół, albo też silny bodziec moralny, jakąś przykrość, obrazę lub pobicie, działające i fizycznie i psychicznie. (Dok. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Nowsze piśmiennictwo psychiatryczne i sądowolekarskie ocenił prof. Dr. Blumenstok.

III.

Prof. Dr. **Meynert**: Psychiatrie. Klinik der Erkrankungen des Vorderhirns, begründet auf dessen Bau, Leistungen u. Ernährung. Erste Hälfte; Wien, 1884, Braumüller, in 8vo, str. 288, z 6 rycinami i 1 tabl.

„Twierdzenie, jakoby choroby umysłowe były chorobami mózgu, a szczegółowiéj jeszcze, że są chorobami mózgu przodkowego, jest twierdzeniem gołosłowném, które nic nie zyska na sile, przez to, że jeden za drugim je powtarza", — takie wyznanie wiary składa reprezentant psychijatryi przeszłości, prof. **Neumann**, w dziele już przez nas omówionem. Mamy teraz przed sobą dzieło autora znakomitego, który już od dawna uchodzi za reprezentanta psychijatryi przyszłości, a który jakby na przekór Neumannowi nazwę psychijatryi wprawdzie jeszcze toleruje, jako utartą, ale obok niéj śmiało stawia nazwę nową: kliniki chorób mózgu przodkowego, a w przedmowie dodaje, że nazwa psychijatryi jest niestosowną, ponieważ obiecuje więcéj aniżeli dotrzymać jest w stanie.

Prof. Meynert jest pierwszorzędną powagą w anatomii mózgu, bodaj czy obecnie nie powagą największą. Mieliśmy przyjemność przez czas dłuższy przypatrywania się sekcyjom mózgu przez niego robionym, i podziwialiśmy mistrza, dla którego ów organ tak powikłany i zagadkowy zdawał się nie przedstawiać żadnych tajemnic; preparaty zaś jego mózgowe uznane są w całym świecie jako znakomite. Prof. Meynert nadto jest badaczem filozoficznie kształconym, skłonnym bardzo do wysnuwania z badań swych anatomicznych wniosków zbyt śmiałych, ale spekulacyja jego nie razi, bo wiemy, że nikt nie jest tak uprawnionym do niéj, jak on właśnie; szkoda tylko, że podziela los niektórych anatomów, a wielu filozofów niemieckich, że nie posiada daru pisania potoczystego, bo styl jego jest ciężki, męczący, a okresy długie, w których zdania końcowe nie zawsze pozostają w prawidłowéj zgodności z początkowemi, czynią wykład częstokroć wprost niezrozumiałym. Trzeba nietylko gruntownéj znajomości języka niemieckiego, ale i zamiłowania do przedmiotu, aby zwalczyć te trudności i nie znużyć się przedwcześnie; ale też w nagrodę wytrwałości i cierpliwości wynosi się z czytania jego prac korzyść rzeczywistą.

Ale prof. Meynert jest nietylko anatomem i myślicielem, bo z urzędu jest i psychijatrą, czyli jak się wyraża, klinicystą chorób mózgu przodkowego. Czy jako klinicysta i psychijatra również jest znakomitym i szczęśliwym, jak w anatomii mózgu, o tém powątpiewać wolno. Wszak wnioski, do których dochodzi najzdolniejszy anatom lub fizyjolog, nie zawsze dają się bezpośrednio spożytkować w klinice, a jeżeli badacz ten sam kliniką rozporządza, to często popada w kolizyję między wnioskami swemi teoretycznemi a praktyką, a jeżeli sprzeczności téj sam nie widzi i nie uznaje, to tém bardziéj spostrzegają ją drudzy. Jakby w celu odparcia zarzutu tego zapewnia M., że część anatomiczno-fizyjologiczna jego dzieła wynika z części klinicznéj, albowiem objawów chorobowych nie zestawia na tle podstaw naukowych, lecz szukanie tych podstaw jest wynikiem potrzeby tłumaczenia objawów chorobowych. Pytanie jednak,

czy ten, który pierwéj był i przeważnie pozostał anatomem, może się do tego stopnia wyzwolić, aby bez uprzedzenia szukać podstaw anatomicznych dla obserwacyi klinicznéj, i czy raczéj nie widzi objawów klinicznych w świetle swych badań anatomicznych. To téż i wykład kliniki chorób mózgu przodkowego, w którym M. zestawił to, co już od dawna wykłada i w licznych rozprawach szczegółowych ogłosił, pomimo, że nie jest niespodzianką, albo właśnie dla tego, że zasady jego już są powszechnie znane, przyjętym będzie z pewném niedowierzaniem pod względem klinicznym, jakkolwiek nikt nie odmówi wielkiego uznania części anatomicznéj a nawet i fizyjologicznéj.

Już w przedmowie M. podaje główny szkic dzieła, i wygłasza swoje wyznanie wiary. Podnosi on przeciwieństwo nietylko terminologiczne, ale i pod względem pobudliwości, zachodzące pomiędzy mózgiem przodkowym (*Cortex*) a ośrodkami podkorowemi, w którém chce znaleźć klucz do nieprawidłowego działania mechanizmu mózgowego w chorobach umysłowych. Nie zadawalając się metodą statystyczną, uwzględniającą zbytecznie wpływ pokrewieństwa na usposobienie dziedziczne, umieszcza autor usposobienie pomiędzy chorobami, a nie jako ich przyczynę. Obłąkanie moralne ma według niego stanowić dowód, jak dalece nauka o wpływie dziedziczności dostała się na manowce; że Meynert nie wierzy w istnienie obłąkania moralnego, wiemy już, odkąd jeden z jego asystentów (Dr. Hollânder) przed 2 laty ogłosił odnośną swą rozprawę, w któréj dowodzi, że obłąkanie moralne nie jest niczém innêm, jeno obłędem wielkości. Rozprawa ta, naszpikowana cytatami filozofów, nosi na sobie wszystkie znamiona szkoły mistrza, wszystkie jéj zalety i wady, a ostatecznie nikogo nie przekonywa; przypominają się bowiem trafne słowa Bucknilla: *„Moral insanity has not been invented, but only has been misrepresented“*.

W połowie 1éj dzieła Meynerta znajdujemy najprzód świetny opis mózgu, zajmujący prawie połowę zeszytu a ozdobiony 57 rycinami ślicznemi i tablicą, daléj uwagi fizyjologiczne, rzecz o odżywianiu mózgu i o mechanizmie fizyjognomiki z uwzględnieniem badań Darwina, pogląd na obrazy chorobowe mózgu przodkowego, a w końcu początek części szczegółowéj, właściwéj kliniki chorób umysłowych. W sprawie lokalizacyi czynności mózgowych zalicza się stanowczo do obozu jéj zwolenników, i przedstawia nie bez ścisłéj krytyki prace Fritscha, Hitziga, Ferriera, Nothnagla, Munka, Goltza itd., przy któréj to sposobności kilkakrotnie przypomina, że rozdział o anatomii mózgu w dziele Leidesdorfa z r. 1865 dosłownie przez niego a nie przez ostatniego napisany został, co dotychczas było publiczną tajemnicą w Wiedniu. Bardzo cennemi są uwagi nad odżywianiem mózgu, mniéj przystępnym jest rys ogólny chorób umysłowych a oryginalnym podział tych chorób, który w końcu podaje. M. dzieli choroby mózgu przodkowego na polegające: 1) na zmianach anatomicznych (zniekształcenie, sprawy ogniskowe mózgu i sprawy rozlane); 2) na zmianach w odżywieniu i 3) na intoksykacyjach, rozpoczynając wykład kliniczny od kranijologii patologicznéj.

Niestety na niéj kończy się połowa 1sza dzieła, mamy więc tylko lekki przedsmak tego, co nastąpi, a uzbroić się musimy w cierpliwość, zanim ukaże się połowa 2a, zawierać mająca właściwą psychijatryję. Z tego powodu poprzestać musimy na teraz na zwróceniu uwagi na dzieło, które bądź co bądź mieści w sobie poglądy oryginalne, na dzieło autora znakomitego, który w dali pokazuje nam ziemię obiecaną, w zagarnięcie któréj on mocno wierzy, która jednak pozostanie niedościgłą dla pokolenia obecnego.

Prof. Adamkiewicz: **O ucisku i ściśliwości mózgu.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 26).

Autor rozróżnia z tego punktu zapatrywania trzy stopnie ucisku. Pierwszy stopień ucisku ujęty jest w granicach ściśliwości masy nerwowéj mózgu i nie sprowadza żadnych zaburzeń w jego czynności. Tu należą wszystkie przypadki zmniejszenia pojemności jamy czaszkowéj (np. skutkiem obrzęków) o przebiegu utajonym. Trzeci stopień ucisku równa się zniszczeniu tkanki, nie różni się więc wcale od jakiegokolwiekbądź urazu zmiażdżającego tkankę mozgową. Drugi wreszcie stopień ucisku zajmuje pośrednie miejsce między oboma wspomnianemi stopniami. Z jednéj strony działa już za silnie, aby mu sprostać mogła ściśliwość tkanki mózgowéj, a z drugiéj strony jest jeszcze za słabym, aby tkaninę mógł zniszczyć. Działanie drugiego stopnia ucisku przedstawić sobie można w ten sposób, że ucisk sięga aż do najdrobniejszych molekułów nie rozrywając ich jednak jeszcze z ich wzajemnego związku. Pod wpływem ucisku drugiego stopnia występują zaburzenia we funkcyi tkanki ugniecionéj, dla tego téż ten stopień ucisku jest dla patologii najważniejszym.

Ponieważ objawy, wywołane przez ucisk mózgu, zależeć muszą od funkcyjonalnego znaczenia ugniecionéj części mózgu, zbadał przeto autor najprzód czynności półkul mózgowych królika śledząc objawy, jakie powstawały przy spaleniu rozżarzonêm żelazem poszczególnych obszarów półkuli mózgu króliczego, a następnie ugniatał różne obszary mózgu za pomocą blaszkownicy, wprowadzonej przez otwór trepanacyjny między kość czaszki a twardą osłonę mózgu.

Jeżeli przednia część mózgu króliczego została ugnieciona, to występowały najczęściéj bardzo charakterystyczne kurcze kloniczne jednostronne w zakresie nerwu twarzowego, mięśni karku i grzbietu, a czasem nawet w zakresie mięśni odnogi górnéj i dolnéj. Kurcze te pojawiały się po 15—30 minutach od chwili włożenia blaszkownicy do jamy czaszkowéj, i występowały zawsze w napadach po przeciwnéj stronie ucisku. Pojedyncze napady trwały zwykle kilka sekund, najdłużéj pół minuty, wracały w nieregularnych przerwach a po upływie 24 godzin od czasu operacyi nie pojawiały się już wcale, poczém zwierzę albo wracało do stanu normalnego i żyło daléj bez żadnych objawów, albo też zostawało porażonêm połowiczo. Kurcze te nie mają nic wspólnego z kurczami, jakie powstawały przy doświadczeniach Leydena, Kussmaula i Tennera. Te ostatnie bowiem są napadami ogólnego tężca, występują obustronnie i to w zakresie mięśni wyprężaczy grzbietu i odnóg i są wyrazem ogólnego podrażnienia mózgu. Z drugiéj strony opisane kurcze nie są kurczami epileptycznemi. Przy napadzie bowiem epileptycznym biorą udział mięśnie po obu stronach ciała, istnieje utrata przytomności, napad zaczyna się ogólnym tężcem, po napadzie zaś następuje ogólne osłabienie, gdy tymczasem kurcze wywołane doświadczeniami przez autora występują jednostronnie, nie są połączone z utratą przytomności (bo zwierzę trzyma się dobrze na łapkach i nie przewraca się) i brak jest kurczów tężcowych i następowego osłabienia. Wyliczone te cechy kurczów, powstałych skutkiem ugniecenia mózgu, odpowiadają natomiast w zupełności tak zwanéj „epilepsyi Jacksona.“ Nadto łączy je ściśléj z tą formą chorobową wspólna etyjologija. Padaczka

bowiem Jacksona spostrzeganą była u ludzi w przypadkach, w których obrzęki ugniatały mózg w zakresie dziedziny psychomotorycznéj (*Fühlsphäre*).

Jak wspomniano, najdaléj po 24 godzinach od czasu operacyi, znikają opisane kurcze, a zwierzę albo wraca do stanu normalnego albo téż ulega porażeniu połowiczemu. Ugnieciona bowiem część mózgu albo potrafi się jeszcze zaakomodować do ucisku, albo téż zostaje porażoną. W ten sposób powstałe porażenie u królika posiada wszystkie te same cechy, co porażenie u człowieka, powstałe z przyczyny mózgowéj. I tak po porażeniu nogi u człowieka osłabione są najwięcéj mięśnie zginające kolano i mięśnie wyprężające stopę (*m. peronaeus* i *m. tibialis ant.*) Tak samo rzecz się ma także u królika lub innego zwierzęcia. Skutkiem osłabienia wspomnianych mięśni nie może człowiek w czasie chodzenia zginać nogi w kolanie, ani téż podnosić stopy w stawie skokowym, dla tego to chory dla umożliwienia ruchów wahadłowych nogi porażonéj, odwodzi ją na zewnątrz w stawie biodrowym i w ten sposób zatacza po ziemi końcami palców stopy łuk, zwrócony swą wypukłością ku zewnątrz. Tak samo chodzi zwierzę, mające porażoną łapkę tylną skutkiem ugniecenia mózgu. U psa występuje opisany ten charakter chodu najwybitniéj wtedy, jeżeli się go schwyci za przednie łapki tak, że pies zmuszonym będzie do chodzenia tylko na obu tylnych łapkach.

Po 12—24 godzinach od chwili wystąpienia porażenia połowiczego pojawia się czasem u chorego zwierzęcia nowy jeszcze objaw, a mianowicie ulegają porażeniu odnogi po drugiéj stronie ciała, to jest po téj stronie, po któréj jest mózg ugnieciony. Jestto tak zwana „*paraplegia posthemiplegica.*" — To przeniesienie się porażenia ze strony już porażonéj na drugą stronę ciała jeszcze zdrową dowodzi, zdaniem autora, obecności w mózgu dróg kojarzących te funkcyje, które nawzajem do siebie należą, i stanowi w ten sposób nowy przykład tak zwanych przez A. funkcyj obustronnych.

W miarę tego jak się rozwija połowicze porażenie odnóg i następowe obustronne porażenie (*paraplegia posthemiplegica*), wytwarza się w mięśniach pewien stan napięcia (*spasmus*), a wyrazem stopnia tego napięcia jest wielkość odruchów ścięgnistych. Otóż im więcéj postępuje porażenie, tém silniejszém staje się owo napięcie w mięśniach, a tém samém potęgują się odruchy ścięgniste, z pośród których najwybitniéj występują odruchy kolanowe. Dla dokładnego ich badania, przedstawiał je autor w sposób graficzny za pomocą odpowiednio skonstruowanego przyrządu. Jeżeli do istniejącego połowiczego porażenia dołączy się porażenie po drugiéj stronie, to i tam powiększy się odruch kolanowy, a wtedy ma się więc „obustronne podwyższenie odruchów ścięgnistych." Jeżeli ucisk mózgu dłużéj jeszcze działa, to wystarczy uderzyć w ścięgno rzepkowe po jednéj tylko stronie, aby wywołać równoczesne pojawienie się odruchów, naturalnie zwiększonych, po obu nawet stronach, a wreszcie przy wzrastającém porażeniu odnóg wystarcza jedno tylko uderzenie w ścięgno, aby sprowadzić cały szereg coraz silniejszych skurczów mięśnia czworogłowego. Objaw ten, doświadczeniami wywołany, odpowiada zupełnie objawowi klinicznemu, który Brown-Séquard nazwał niewłaściwie „*epilepsia spinalis,*" autor zas nadał mu odpowiedniejszą nazwę „drżenia ścięgnistego" (*Sehnentremor*). Dowodem świadczącym za identycznością „drżenia ścięgnistego" z tak zwaną „*epilepsia spinalis*" jest równoczesna obecność „objawu stopowego" (Westphala) u zwierząt. Drżenie ścięgniste i objaw stopowy nie są jeszcze ostatniém ogniwem w łańcuchu tych ciekawych objawów spastycznych. Wkrótce bowiem powstaje stan tak wielkiéj wrażliwości mięśni i ścięgien, że teraz następuje drżenie ścięgien samowolne, tak zwany „*tremospasmus*" z drobniejszemi swemi odcieniami. Terazto dochodzi już działanie ucisku na tkankę mózgową do téj granicy, po za którą niszczy i gruchocze tkankę mózgową. Jeżeli jednak w téj krytycznéj chwili oddali się ognisko ugniatające tkankę mózgową, to opisane objawy spastyczne przebiegają całą skreśloną drogę w kierunku wstecznym, a wreszcie znikają także porażenia i zwierzę wraca znów do stanu normalnego.

Doświadczenia te posiadają tę ważną doniosłość praktyczną, że wszystkie objawy uciskowe, począwszy od porażenia połowiczego i jednostronnego powiększenia odruchów ścięgnistych aż do tak zwanego drżenia ścięgnistego samowolnego, polegają na molekularnych zmianach w tkance mózgowéj, które jeszcze ustąpić mogą po usunięciu ogniska ugniatającego tkankę mózgową.

Pod względem zaś czysto naukowym wyjaśniły te doświadczenia nie tylko związek, istniejący między komórkami zwojowemi sensorycznemi, leżącemi w sferze psychomotorycznéj (*Fühlsphäre-corticale Centren*) a komórkami zwojowemi motorycznemi, mieszczącemi się w głębszéj warstwie kory mózgowéj (*subcorticale Centren*), ale rzuciły także światło na przyrodę opisanych objawów drżenia i ugruntowały tém silniéj dawniéj już wypowiedziane przez autora zdanie (zob. „Przegl. Lek." z r. 1883, Nr. i 3), że prawidłowa czynność mięśni jest wynikiem równowagi dwóch antagonistycznych pobudzeń nerwowych.

Ugniecenie tylnéj części półkuli mózgowéj (płatu potylicznego i ciemieniowego) sprowadzało u królika niedowład pęcherza, zwiększenie wydzielin gruczołów ślinnych, błony śluzowéj nosa, jelit itp., a w zakresie zmysłu wzrokowego wywoływało przemijające wysadzenie gałki ocznéj, zez, drżenie gałki ocznéj i zaburzenia troficzne, przy czém jednak nigdy nie pojawiła się tarcza zastoinowa, jako wyraz ucisku mózgu. (*Die Lehre vom Hirndruck und die Pathologie der Hirncompression. Sitzb. d. Kais. Akad. d. Wissenschaft* III Abth. Oct. Heft 1883). *Dr. Prus.*

V. Listy „z zachodniego kraju".

III.

Niezaprzeczenie wielkie zasługi w dziejach reformy w Rosyi położyło przeszłe panowanie, jak uwłaszczenie włościan, wprowadzenie samorządu gmin i miast, sądów przysięgłych i t. d., które w części wprawdzie tylko i to ze znacznemi organicznemi zmianami i zastrzeżeniami w ostatnich czasach tylko dosięgnęły zachodniego kraju, lecz co się tyczy służby krajowéj zdrowia zdaje się wszędzie, w całém państwie a tém bardziej u nas, losy jéj są jednakie jak dawniej, żadna zmiana na lepsze nie zaszła w jéj ustroju.

W guberniach Wielkorosyjskich jeżeli nie uwzględniono interesów stanu lekarskiego i spraw sądowo-lekarskich w ogóle, to choć przynajmniéj piecza nad zdrowiem ludności i hygieną miast i wsi przeszła w znacznéj części do samych gmin i na ile to jest możebne przynajmniéj przy braku odpowiednich funduszów i cywilizacyjnych pierwiastków, gdyby w naradach ziemstw kwestyje tyczące się fachu naszego po-

wierzano lekarzom, jeszcze mogliby oni wywiązywać się ze swego zadania z większą korzyścią i lepiéj, aniżeli się to praktykuje w dziewięciu gubernijach zachodnich, gdzie rozmaite zakłady zdrowia, szpitale, domy dobroczynności, nadzór nad rzeźniami i bydłem i sprzedażą produktów żywności, zarówno cała służba zdrowia, lekarze, weterynarze, felczerzy, akuszerki, babki i znachory pozostają w zależności nie od władzy lekarskiéj, lub miejscowego zarządu, lecz jak to było od dawnych czasów od administracyi gubernialnéj. Stosunek ten paraliżuje wszelką czynność i dobre chęci niejednego z prowincyjonalnych urzędowych lekarzy, nagromadzając tylko niepotrzebnie całe archiwa zawalone papierami, korespondencyją i raportami do władz gubernialnych i sprowadzając rolę sanitarnych i sądowo-lekarskich urzędników do martwych liter.

Istnieje wprawdzie w każdéj gubernii tak zwany oddział lekarski (*Wraczebnoje otdielenie*), najwyższa lekarska jurysdykcyja, niegdyś więcéj samodzielna nosiła nazwę zarządu lekarskiego (*Wraczebnaja uprawa*), dziś zaś stanowi oddział przy gubernialnym zarządzie, gdzie oprócz wszelkich formalności i kancelaryjnych przepisów i okólników rozsyłanych do gmin, włości i lekarzów, naznaczają urzędników z pozwolenia gubernatora, mają nadzór nad aptekami, a niegdyś słuchano tam egzaminów na stopnie aptekarskie i felczerskie. Naczelnikiem biura i razem części sanitarnéj w gubernii jest inspektor lekarski, dawniejszy inspektor zarządu lekarskiego, mający pomocnika, przy czém jeden z nich musi być biegłym w sprawach jako chirurg, a drugi jako akuszer, do czego są państwowe egzamina, dopełniane jako prosta formalność. Dawniej zarząd lekarski gubernijalny składał się z trzech członków, z inspektora i dwóch członków, operatora i akuszera. Obecnie liczbę ich ograniczono do dwóch. W zarządzie zasiada i biegły w kwestyjach farmaceutycznych, noszący tytuł asesora farmacyi. Oddział lekarski do pewnego stopnia jest najwyższą instancyją rozwiązującą sprawy i orzekającą swe zapatrywania w rozlicznych kwestyjach wchodzących w zakres medycyny sądowéj, policyjnéj, lub zdrowotnéj w gubernii, choć od czasu wprowadzenia sądów przysięgłych w kwestyjach zawiłych po miastach uniwersyteckich do sądu jako biegji wzywani bywają profesorowie. Inspektor z urzędu swego jest razem członkiem wielu jurysdykcyj gubernijalnych, jako to: komitetów turmy, szpitali sanitarnych, czerwonego krzyża, komisyi powinności wojskowéj i t. d.

W powiatach czynności sądowo-lekarskie spełniają lekarze miejscy i powiatowi. Lekarz miejski zarządza razem szpitalem miejskim, który jest powodem ciągłych niezgód i waśni pomiędzy administracyją gubernijalną a samorządem miasta; jest on członkiem rozmaitych komisyj powiatowych, robi sekcyje sądowe tylko w mieście, i ma nadzór tylko nominalny nad spożywczemi produktami, nad bydłem skazaném na rznięcie, a również lekarz miejski, lub powiatowy bywa corocznie wzywany do komisyi powinności wojskowéj, co stanowiło przed laty główny dochód urzędującego lekarza. W czasach poddaństwa w wielu miejscowościach był zwyczaj uświęcony latami, że kiedy pan zdawał najczęściéj złego chłopa nieposłusznego lub złodzieja dla poprawy do wojska płacił lekarzowi za przyjęcie po rs. 3 od głowy. Następnie czasy się zmieniły, już płacono nie za orzeczenie o stanie zdrowia rekruta, ale za wynalezienie w nim choroby, za co płacili żydzi nie kilku lecz kilkuset rublami i trzeba powiedzieć prawdę, że lekarzy znieważających stan swój i zaprzedających sumienie było nie mało, a uzbierawszy z naborów kolosalną sumę przez lat kilkanaście nie jeden z nich zabezpieczał sobie starość wygodną. Dziś jednak tego rodzaju spekulacyje coraz są rzadszemi na szczęście reputacyi naszego zawodu.

Jeden zwykle szpital w mieście powiatowém na kilkadziesiąt łóżek czyni zadość potrzebie całego powiatu mającego ludności od 150 do 200 tysięcy i jakich ze sto lub więcéj wiorst przestrzeni. W południowo-zachodnich gubernijach są szpitale majątkowe, lub fabryczne. z których czasem ludność może korzystać, lecz w północnych, gdzie przestrzenie większe, a ludność rzadsza i bardziéj odległa od powiatowego miasta, w którem tylko jest szpital, stosunek ten o wiele gorszy. Podobnie jest i w miastach gubernijalnych. Nie myślcie jednak, aby ludność nasza czuła niedostatek szpitali, w których łóżka najczęściéj pustką stoją. Pochodzi to ztąd, że szpitale w opinii ogółu używają najgorszéj reputacyi. Nie mówiąc już o elementarnéj czystości, braku funduszów utrzymania zwykle dotkliwie czuć się dającego dla chorych, którzy rzadko kiedy mają świéże i zdrowe pożywienie, a co się tyczy samych leków to zapas tych tak jest ograniczonym, że czyni położenie lekarza wielce drażliwém, który dbać o tém musi, aby one nie przekraczały naznaczonéj normy. Systemat gospodarstw szpitalnych jest prowadzony ze szkodą zakładów za pośrednictwem dostawców żydów, silnym węzłem wspólnych interesów połączonych tak z dozorcami szpitali (*smotritielami*) jako téż i z lekarzami miasta, nie zbyt rzadko z niemi solidarnymi a co smutnie w takich razach odbija się na położeniu chorych przywodząc gospodarstwa szpitalne do ostatecznéj ruiny. Szpitale rządowe miejskie pobierają zwykle od chorych po rs. 7 kop. 20 miesięcznie, chorzy na przymiot wszech stanów i ubodzy darmo się leczą, lecz jeżeli powtórzymy wyżéj przytoczone słowa, że ludność cokolwiek zamożniejsza nie udaje się do szpitala, cały więc dochód utrzymania idzie za pobyt w nim aresztantów i żołnierzy, jeżeli ci ostatni nie mają własnego szpitalu, za których rząd płaci po 73 kop. na dobę. Zarząd zwierzchni nad szpitalami przeważnie zależny bywa od władzy gubernialnéj, która pomimo nowowprowadzonego do miast samorządu zmusza miasta nieraz popełniać deficyty wynikające z nadużyć najbliższéj szpitalnéj administracyi. Dobrowolną odmowę miast w danych przypadkach łatwo usprawiedliwić można, że szpitale nie są na utrzymaniu miast lecz rządu i one nie posiadają głosu doradczego w sprawach szpitalnych, a procent chorych z miasta jest bardzo nieznaczny, szczególnie w powiatach, a przeważa w nich zawsze ludność ze wsi. Główny zarząd centralny wszystkich szpitali w gubernii, pozostający w ręku administracyi gubernijalnéj, utrudnia wszelkie mogące być robione reformy, powiększa nadużycia i stawia niejednego ze szpitalnych lekarzy w wielce trudném położeniu, bo w najdrobniejszych nieraz rzeczach zmuszonego żądać pozwolenia zwierzchności, jak n. p. co do wyostrzenia i naprawy narzędzi chirurgicznych, na które może czekać i rok i więcéj, a nieraz decyzyja zwierzchności nadchodzi w pewnych kwestyjach, kiedy już właściwy czas minął.

Felczerzy po szpitalach miastowych cywilnych są to po większéj części dzieci żołnierzy lub mieszczan, którzy pokończyli szkołę felczerską, za co obowiązani są lat dwanaście przesłużyć na służbie w szpitalu rządowym. Przy nizkim bardzo poziomie ich umysłowego rozwoju, przy zarozumia-

łości o swojéj wiedzy i przy wysokiéj demoralizacyi i pijaństwie, któremu się najczęściéj oddają, każdy z nich służbę nietylko że nie ceni, ale chciałby, aby się jéj co najprędzéj pozbyć, tylko że rząd zwykle każdego z tych dłużników przytrzymuje do czasu zostając głuchym na przedstawienia lekarza szpitalnego. Słuszne bardzo zdanie wyraziło Towarzystwo lekarskie warszawskie co do zupełnego zniesienia stanu felczerskiego, który przy coraz zwiększającéj się liczbie lekarzy staje się zupełnie zbytecznym a nawet szkodliwym dla ludności, a co się tyczy szpitali tam najlepiéj mogą usługę tę spełniać posługacze szpitalni, lub siostry miłosierdzia, jak się to praktykuje za granicą, a i u nas do r. 1864 doskonale wywiązywały się z tego obowiązku w wielu miastowych szpitalach siostry miłosierdzia.

Część sanitarna, która w wielkorossyjskich gubernijach jest zupełnie powierzona samorządowi gminnemu, który posiada nieraz bardzo wzorowo urządzone szpitale i ma pieczę o całéj ludności, w naszych dziewięciu zachodnich gubernijach pozostawała w zawiadywaniu lekarzy powiatowych, zanim nie wyznaczono do tego osobnych lekarzów tak zwanych wiejskich (sielskich), którzy przy pobieranêm mizernêm utrzymaniu 600 rs., przy braku w swêm zajęciu wszelkiej pomocy ze strony gmin, muszą zadawalać się usługą kilkunastu włościan wyuczonych, szczepić ospę (*ospoprziwiwatielej*) i kilku na wpółpiśmiennych felczerów, muszą jeździć po rozległym nieraz powiecie lecząc choroby epidemiczne i podając we wszystkich chorobach pomoc włościanom, mieszkającym na przestrzeni 100 wiorst i więcéj zaludnionéj od 180 do 200 tysięcy. Na lekarstwa lekarz wioskowy pobiera od 700 do 900 rs. rocznie i te jeszcze nieraz obcięte przez administracyję lub przez samego lekarza. Skutkiem wymagania tak nadmiernego, przechodzącego siły pojedyńczego człowieka, całe zajęcie podobnego lekarza pozostaje na papierze tylko, lub w braku takiego poruczanêm bywa w zastępstwie lekarzowi powiatu.

Skutkiem epidemii błonicy, o jakiéj w swoim czasie więcéj napiszę, w gub. południowo-zachodnich urządzone zostały przed laty kilku przez rossyjskie Towarzystwo Czerwonego Krzyża oddziały sanitarne, składające się z lekarza, siostry miłosierdzia i felczera. Oddziały takie przeważnie istniały na Podolu, lecz niedługo w braku środków musiały upaść, a w miejscowościach, w których przed parą laty władza prosiła o pomoc Towarzystwa Czerwonego Krzyża, niektóre powiaty gub. kijowskiéj mają czasowego lekarza od dyfteryi, dodanego do pomocy wioskowemu często, gdzie choroba epidemicznie istnieć przestała. Lekarz taki, naznaczony na rok na dwa powiaty i mniej więcej ma od 300 do 400 tysięcy ludności i do 300 wsi, musi działać nie mając ani pomocy, ani szpitali, pobierając tylko rs. 50 miesięcznie na lekarstwa.

W nowowprowadzonych sądach przysięgłych obecnie już w całym kraju zachodnim lekarze miastowi i powiatowi są zwyczajnie biegłymi w sprawach wymagających ekspertyzy lekarskiéj. Do nich téż należą zaświadczenia o dobroci produktów spożywczych skutkiem wezwania policyi, wszelkie orzeczenia w sprawach policyjno-lekarskich jak opatrzenie bydła idącego na rzeź. Ta ostatnia czynność przejśby powinna pod wyłączny dozór weterynarzy, których przysyłają na urzędy tymczasowe po powiatach. Jeżeli dodam jeszcze nominalne tytuły bez zajęcia, jak akuszerek powiatowych, otrzymujących po sto rubli rocznéj pensyi i tak zwanych wiejskich (sielskich) z pensyją rs. 35 rocznie, będzie to cały krótki opis naszéj krajowéj służby zdrowia. *Jan Iłgowski.*

VI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu.

Sprawozdanie Dra Kwaśnickiego.

II.

Dnia 2 czerwca popołudniu rozpoczęły liczne sekcyje swe posiedzenia. Zdając sprawę z rozpraw sekcyjnych, zamierzam uwzględnić tylko sekcyje ściśle lekarskie, a to z powodu, że sprawozdanie moje jest przeznaczone wyłącznie dla lekarzy.

Sekcyja chorób wewnętrznych.

Pierwsze posiedzenie zagaił Dr. Kaczorowski, podając myśl zorganizowania sekcyi a następnie zaprosił na przewodniczącego prof. Dra Maixnera z Pragi, na wiceprezesa Dr. Bucewicza z Charkowa, na sekretarzy Dra Pacanowskiego z Warszawy i Chłapowskiego z Kisyngi.

I. Szereg odczytów rozpoczął Dr. Gluziński „O badaniach nad trawieniem ciał białkowatych.“ Prelegent przedstawił wyniki badań nad trawieniem ciał białkowatych w żołądku ludzkim, fizyjologicznym i patologicznym, skreślił cechy trawienia i zachowanie się tych ciał w rozmaitych stanach chorobowych, następnie podał sposób badania chorób żołądka; sposób ten ułatwia zbadanie zboczeń czynnościowych żołądka, rozpoznanie, zastósowanie leczenia, a w końcu umożebnia kontrolę nad przebiegiem choroby i wpływem na nią terapii.

W dyskusyi Dr. Jaworski zaznacza, że wielka część objawów podmiotowych polega na têm, że pokarmy zadługo przebywają w żołądku. W stanie prawidłowym kwaśność w żołądku podczas trawienia jest nieznaczna, ilość peptonów mała, a wydalanie treści żołądka dosyć szybkie. Znaczna ilość kwasu, syntoniny i peptonów w żołądku jest stanem patologicznym. Przeznaczeniem żołądka nie jest funkcyja trawienia, lecz zgromadzania pokarmów, a główna czynność trawienia i wsysania odbywa się w jelitach; wszak żołądek można ominąć, karmiąc np. psy przez przetokę jelitową. Dr. Chłapowski podnosi wpływ systemu nerwowego na trwanie trawienia. Dr. Rajchman w swoich badaniach czasem nie mógł wykazać kwasu solnego i po godzinie trwania trawienia. Metodę badania żołądka zastósowaną przez Gluzińskiego i Jaworskiego uznaje za bardzo ścisłą; nadmierną kwaśność soku żołądka także uważa za stan patologiczny. Zbyt szybkie występowanie soku żołądkowego w przytoczonym sposobie badania żołądka może powstawać od podrażnienia sondą.

II. Następny odczyt miał Dr. Rajchmann „O t. zw. niestrawności kwaśnéj.“ Głównym objawem tego cierpienia jest zgaga i kwaśne zwracanie; objawy te spostrzegamy tak przy nadmiernéj kwaśności treści żołądka, jak i wtenczas, kiedy ta zawartość jest prawidłowa lub kwaśność jéj zmniejszona. Zgaga występuje tak dobrze od kwasu solnego jakotéż od mięszaniny kwasów organicznych z kwasem solnym. Uczucie zgagi polega na dostawaniu się kwaśnéj treści żołądka do przełyku, o czém autor doświadczalnie przekonał się; a jeżeli płyn kwaśny dosięgnie gardziela, następuje zwracanie. Dla dostania się płynu do przełyku potrzeba, ażeby się wpust czynnie otworzył, takowy nie wytrzymywał naparu treści żołądka i przepuszczał ją; taką *„insufficientia cardiae“* prelegent przypuszcza, ale jednocześnie sądzi, że częściéj wpust sam się otwiera na drodze odruchowéj, w sku-

tek podrażnienia nieprawidłowéj błony śluzowéj żołądka ostrą treścią takowego.

W dyskusyi Dr. Kaczorowski zwraca uwagę, że drobnotwory odgrywają wielką rolę w czynności trawienia, i wielka część zaburzeń trawiennych polega na dostaniu się do treści żołądkowéj grzybków fermentacyjnych, których miejscem ulubionèm przebywania są najczęściéj zepsute zęby, owrzodzenia i nieżyty jamy ustnéj. Dr. Jaworski przestrzega, że chorzy tak niejednako określają zgagę, że mogą wprowadzić w błąd. Co do upustu, to przekonał się J. wziernikiem Mikulicza, że takowy u ludzi zawsze otwarty. Dr. Rajchmann odpowiada, że podług Mikulicza wpust tylko na czczo bywa otwarty, lecz nie podczas trawienia.

III. Dr. Chłapowski mówił „0 dwóch przypadkach białaczki, leczonych przez niego w Kisyndze.“ Dotychczasową nieuleczność białaczki przypisuje prelegent niedokładnéj etyjologii téj choroby i utrzymuje, że w szeregu spraw wyniszczających organizm, które białaczkę sprowadzają, ważną odgrywa rolę pognębienie psychiczne; ten stan depresyi nerwowo-mózgowéj wyraża się zwolnieniem przemiany wstecznéj, wyrażającém się zwiększoną ilością kwasów moczowego, szczawiowego i fosforowego w moczu. Mocz białaczkowych właśnie wyróżnia się takiemi nieprawidłościami swego składu, a ta analogija urologiczna utwierdza prelegenta w przypisywaniu wpływom psychicznym wielkiéj wagi na etyjologiję białaczki. Zapatrywanie to ułatwia zadanie lecznicze. Prelegent wylicza rozmaite metody leczenia ogólnego i lokalnego śledzionowéj postaci białaczki, i w końcu przytacza dwa spostrzeżenia z własnéj praktyki, w obu przypadkach białaczka została stwierdzoną, leczenie polegało na polepszeniu higijenicznych warunków, piciu wody i kąpieli w Kisyndze, oraz zażycia kilku środków przeciw przerostowi śledziony i elektryzacyj takowéj; stan chorych o tyle się polepszył, że dotychczasowe żadne leczenie tak pomyślnych skutków nie dało.

Na tém posiedzenie zakończono.

Sekcyja akuszeryi i ginekologii.

Przewodniczący Dr. L. Domański, sekretarze: Dr. Nowak i Dr. Gryglewicz.

I. Dr. Jerzykowski miał wykład: „Czy sublimat jako środek odwietrzający w położnictwie i ginekologii przewyższa kwas karbolowy.“ Prelegent zwraca uwagę na powtarzające się przypadki otrucia sublimatem, stósowanym w celach antyseptycznych u położnic; objawy tego otrucia są te same, jakie doświadczalnie spostrzegane były na zwierzętach. Autor przytacza własny przypadek, w którym użycie do wstrzykiwania wewnątrzmacicznego 0,25 sublimatu spowodowało śmierć choréj, i w końcu dochodzi do wniosków, że 1) sublimat jest środkiem gwałtownym i powinien być w łżejszych sprawach zastąpiony kw. karbolowym; 2) że tylko w sprawach gnilnych zastósowanie sublimatu jest właściwe, i że 3) w takim razie należy używać rozczynów 1:6000.

Po ożywionéj dyskusyi, w któréj brali udział Drowie: Dukiet, Guliński, Domański, Spira, i prelegent, ostatecznie postawiono następujące wnioski: 1) wstrzykiwania antyseptyczne wewnątrzmaciczne po normalnych porodach są zbyteczne; wskazane zaś są po wszelkich rękoczynach, lub wydaleniu z macicy powstałych części, a niezbędnie przy istnieniu wysokiéj gorączki połogowéj; 2) rozczyn sublimatu może być użyty w tym celu, ale w rozcieńczeniu 1:2000 do 1:6000; 3) stósowniej jednak posługiwać się kw. karbolowym 5%.

Sekcyja psychijatryi, higijeny, medycyny sądowéj i publicznéj.

Przewodniczący prof. Dr. Blumenstok, sekretarz Dr. Laskiewicz.

I. Dr. Żuliński miał odczyt: „0 przeciążeniu naukowém w szkołach.“ Określiwszy istotę przeciążenia naukowego młodzieży szkolnéj prelegent podaje następujące sposoby dla zapobieżenia takowemu: 1) rozpoczynać nauki szkolne po skończeniu siódmego roku życia; 2) zmniejszyć ilość godzin dziennéj nauki szkolnéj; 3) liczba godzin nauki powinna być zastósowaną w każdéj klasie do wieku uczniów; 4) godziny nauk natężających umysł przeplatać zajęciami łżejszemi, mechanicznemi; 5) rozpowszechnić metodę nauczania tłumaczącą i objaśniającą, mającą zastąpić pamięciową; 6) zastósować czas trwania lekcyj do wieku uczniów; 7) przestrzegać zachowania przerw między lekcyjami; 8) zaprowadzić gimnastykę nie tylko jako obowiązkowy przedmiot nauki, ale jako przeciwwagę pracy siedzącéj i wytężającéj umysł; 9) stósowanie takiéj metody nauczania, któraby jak najmniéj wymagała pracy po za szkołą; 10) nie wyznaczanie uczniom na czas świąt i wakacyj więcéj jak zwykle pracy; 11) zastąpienie egzaminu dojrzałości egzaminami rocznemi z klasy do klasy, uwzględniając więcéj rozwój umysłowy aniżeli pamięć; 12) przestrzeganie warunków higijenicznych w salach szkolnych; 13) nie nużenie nauczycieli zbytnią pracą, co ich pozbawia jasności i przystępności wykładu; 14) nauczanie higijeny w szkołach, seminaryjach nauczycielskich i uniwersytetach; i 15) urządzenie stałego lekarsko-higijenicznego nadzoru nad szkołami.

W dyskusyi zabierali głos: Dr. Obtułowicz, Dr. Chałupczyński, radca Motty, Dr. Osowicki i prof Dr. Blumenstok.

II. Dr. Chałupczyński mówił: „0 potrzebie interwencyi w celu ukrócenia pijaństwa.“ Środki któremi można by było najszkodliwszemu nałogowi tamę położyć są według prelegenta następujące: 1) zniesienie szynków i karczem, a zaprowadzenie gospod, w którychby tylko dodatkowo wyskokowych napojów dostać było można; 2) w gospodach nie ma być wolne sprzedawanie wódki osobno, bez pewnéj porcyi pokarmu, wyjątek stanowią piwo i miód z oznaczonym % wyskoku; 3) prawo zakładania podobnych gospod należy zawarować pewną odległością i ilością mieszkańców, — a obszerność gospody powinna być obrachowaną na czasowy pobyt w niéj gości; 4) właściciele gospod są odpowiedzialni za trzeźwość ich gości; 5) zabronić sprzedawania wódki po nad jedną miarę użycia, po za obręb gospody; 6) sprzedaż wódki na kredyt i zastaw powinna być zakazaną; 7) wódka winna mieć stały i oznaczony % wyskoku, i ma być do niéj dodana pewna ilość miodu lub cukru; 8) stan opilstwa wykluczyć z okoliczności łagodzących w sprawach kryminalnych.

W dyskusyi zabierali głos Dr. Obtułowicz i prof. Dr. Blumenstok.

Sekcyja chirurgiczna.

Posiedzenie zagaił radca Dr. Matecki; przewodniczącym obrano Dra Pernaczyńskiego, sekretarzem Dra Szumana.

Z powodu braku sprawozdania z tego posiedzenia w Dzienniku Zjazdu, a jednocześnie nie chcąc polegać na saméj pamięci sprawozdawcy, nie podajemy nateraz szczegółów od-

noszących się do odczytów mianych na têm pierwszém posiedzeniu i wywołanéj niemi dyskusyi.

O godzinie 6 wielka sala bazarowa i dwie przyległe zapełniły się członkami Zjazdu i wyborem ludzi przodujących w inteligencyi, obywatelstwie i mieszczaństwie; rozpoczęła się biesiada, któréj pierwszorzędném zadaniem nie było pokrzepienie tylko ciała: instytucyja bazaru to dzieło czysto polskie, przez polskie głowy pomyślane, przez polskie zasoby wzniesione; o sklepienia tego budynku odbija się w polskiéj mowie myśl polska; zebrani w takiém miejscu przedstawiciele nauki lekarskiéj nie mogli nie odczuć uroczystéj chwili, nasuwającéj tyle wspomnień dziejowych; wzniosłém téż było każde słowo, każda myśl, chociażby szeptem do ucha sąsiada wypowiedziana.
się jednolici i nierozdzielni, jak mówi Pol: „od Kaniowa do Kaniowa jeyna wiara, jedna mowa.“

Szereg toastów rozpoczął radca Milewski piękną i uroczystą mową, witając naszych pobratymców, oraz przedstawicieli zakładów naukowych i towarzystw, a wreszcie wszystkich dostojnych gości. W rzewnych i serdecznych słowach odpowiedział na ten toast prof. Szokalski. Po chwili wygłosił pełną głębokich myśli mowę radca Dr. Kaczorowski w języku czeskim; mowca uczcił w swém przemówieniu drogich gości czeskich i rozbudził prawdziwy zapał w kole biesiadném. Na odgłos hymnu czeskiego powstali wszyscy i w podniosłym nastroju wysłuchali porywającéj mowy doc. Dra Chodounskiego z Pragi.

Po têm przemówieniu zabrał głos Dr. Talko i skierował swe słowa do prof. Szokalskiego, którego 50-letni jubileusz działalności naukowéj odbędzie się we wrześniu rb. Mowca skorzystał z uroczystéj chwili, ażeby złożyć hołd jubilatowi w imieniu lekarzy i przyrodników tak Polaków jak i Czechów; jako wyraz tego hołdu ofiarował swoją pracę, poświęconą „Historyi oftalmologii w Polsce“ z portretem jubilata, i zapoznał z treścią téj pracy. Chociaż życzeniem jubilata było, ażeby jubileusz jego nie był obchodzony podczas Zjazdu, i temu stać się musiało zadość, Dr. Talko korzystając z zebrania tylu wielbicieli prof. Szokalskiego wezwał do oddania czci jubilatowi przez powstanie.

Okrzyk „niech żyje Szokalski“ rozległ się po sali.

Z łatwo dającém się wytłumaczyć rozrzewnieniem podziękował Jubilat w krótkich i serdecznych słowach. Następnie prof. Maixner z Pragi wręczył Prof. Szokalskiemu ozdobnie oprawny adres od Towarzystwa lekarskiego w Pradze, a prof. Rydel złożył z stosownem pięknem przemówieniem album w imieniu okulistów polskich z ich portretami. Serdecznemi i pełnemi rozrzewnienia słowami przemówił jeszcze do jubilata dawnych lat kolega, prezes Akademii Majer.

Po pauzie zabrał głos prof. Rostafiński, i porównawszy Wielkopolan do dębu, którego burze nie złamią, jeśli mu tylko nie zabraknie ziemi, przypomniał dawną łączność *Almae Matris Jagellonicae* z Akademiją Lubrańskich w Poznaniu, i wzywał do szukania prawdy w nauce i pracy. Po pięknych przemówieniach p. Syroczyńskiego i Dra Szumana (wierszem), szereg toastów zakończył redaktor Dziennika Poznańskiego p. Dobrowolski staropolskim Kochajmy się.

Wieczorem udali się współbiesiadnicy do ogrodu P. Trypolskiego, gdzie wiele publiczności zebrało się dla uświetnienia téj chwili; koncert wybornéj orkiestry do późnéj godziny podtrzymywał uroczysty nastrój w zebranych, którzy koło północy opuścili to miłe ustronie, unosząc najmilsze wspomnienie z doznanych wrażeń w ciągu tego pamiętnego dnia. (C. d. n.

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* **Cholera** w Tulonie utrzymuje się ciągle i pochłania codziennie po kilka ofiar; co gorsza już przekroczyła rogatki miejskie, i ukazuje się we wsiach pobliskich, oraz zawleczoną została z jednéj strony do Marsylii, gdzie również po kilka osób dziennie umiera, a z drugiéj na terytoryjum włoskie, gdzie w Ventimiglia zachorował człowiek przybyły z Tulonu. Jak dotąd zaraza nie sroży się mocno i dla tego trudno pojąć, zkąd wziął się ów postrach paniczny, który opanował mieszkańców Tulonu; natomiast rząd francuski zapewne już nabył przekonania, że od samego początku miał do czynienia tylko z cholerą azyjatycką, zawleczoną z Tonkinu. Z Paryża wysłani zostali Drowie Brouardel i Proust, którzy badają stosunki nietylko w Tulonie, ale i w Marsylii. Na posiedzeniu Izby poselskiéj, odbytém d. 25 czerwca w Paryżu, w skutek interpelacyi posła Rouviera, minister handlu p. Hérisson odczytał sprawozdanie nadesłane przez tych dwóch delegatów, według którego umarło w Tulonie d. 20 czerwca 2, 21—3, 22—9, 23—5, 24—1, 25—6 osób, i że dotąd nie można było osiągnąć dowodu, jakoby cholera została zawleczoną i była cholerą azyjatycką. Minister oddaje pochwały gorliwości władz miejscowych w Tulonie i przyrzeka energiczne postępowanie ze strony państwa, jeżeli tego zajdzie potrzeba.

Tymczasem popłoch wszczęty w Tulonie szerzy się coraz daléj; we wszystkich państwach przedsięwzięto środki ostrożności, zwłaszcza od strony morza Śródziemnego, a pod tym względem najbardziéj interesowane państwa przodują przykładem, a mianowicie: Turcyja, Grecyja, Włochy, Austro-Węgry i Hiszpanija. Rząd wiedeński wysłał podobno prof. Draschego, znanego epidemijologa, do Tulonu. Jednakowoż w środkach zarządzonych przez rządy nie widać zgodności. W ogóle nierozwiązaném jest jeszcze pytanie, czy przerwanie komunikacyi lądowéj jest wskazaném i użyteczném lub nie. Wiadomo, że w pierwszych epidemijach cholery kordony i kwarantany lądowe okazały się bezskutecznemi, i z tego powodu zaniechano ich w epidemijach następnych. Od kilku lat atoli nastąpiła reakcyja pod tym względem i znakomici lekarze zaczęli przywięzywać coraz więcéj wagi do kwarantan i kordonów, jakkolwiek przyznać musieli, że przeprowadzenie tego środka zapobiegawczego jest możebném chyba nad Wołgą, ale nie w Europie cywilizowanéj, gdzie nadto przerwanie lub utrudnienie komunikacyi pod względem ekonomicznym musiałoby być połączoném z ogromnemi stratami, samo będąc wątpliwéj wartości ochronnéj. Ponieważ Koch po powrocie z Indyj i odkryciu prątka cholerycznego w przemówieniu podczas uczty na cześć jego urządzonéj zapowiedział, że po odkryciu têm już nie będziemy tak bezbronnymi w obec nowéj epidemii, więc wszyscy zwracają się teraz ku Berlinowi, spodziewając się ztamtąd ocalenia. Tymczasem Koch milczy, ale za niego przemówił minister Bötticher na posiedzeniu Izby poselskiéj berlińskiéj w d. 18 czerwca. Interpelowany przez dep. Minigerodego oświadczył minister, że bezpośrednio po otrzymaniu wiadomości z Tulonu kanclerz państwa wyznaczył komisyję, mającą czuwać nad bezpieczeństwem państwa, i że w skład téj komisyi wchodzi nietylko Koch ale i Pettenkofer, że nie wie jeszcze, co komisyja ta zarządzi, ale, o ile wie, nie oświadczy ona się za zamknięciem granic kraju i przerwaniem komunikacyi, że rząd może którego z członków komisyi wyszle do Francyi, celem badania zarazy tamecznéj, a wreszcie odwołując się do prac i zasług Kocha ma nadzieję, że Niemcy zarządzą takie środki ochronne, aby państwo było zabezpieczoném.

W dyskusyi Virchow zabrał głos i wyraził swoje przekonanie, że zaraza tulońska jest cholerą azyjatycką, wykazując że powstała ona w parę dni po zawinięciu do przystani tamecznéj okrętu, przybyłego z Kochinchiny, a na którym już w drodze kilka było przypadków cholery, dowodząc następnie że władze nadmorskie, zwłaszcza w kanale suezkim, opieszale pełnią swe obowiązki, obdarzając paszportami zdrowia *(patente netta)* i takie okręty, na których zdarzyły się przypadki chorób zaraźliwych, jakto miało miejsce z okrętem angielskim „Kroko-

dyl", który zawinął do Malty; kładzie więc nacisk na ustanowienie międzynarodowéj komisyi sanitarnéj nad morzem Czerwoném, przez co jedynie można zapobiedz przewleczeniu cholery, podczas gdy środki w Europie przedsiębrane wobec już wybuchłéj cholery zazwyczaj są bezskuteczne, zwłaszcza wobec takiego postępowania, jak we Francyi, gdzie rząd zataja prawdziwy stan rzeczy, mydląc oczy twierdzeniem, że panuje cholera sporadyczna, tak jakby cholera azyjatycka nie mogła występować sporadycznie. — W odpowiedzi minister Bötticher bierze w obronę rząd francuski, który czynił wszystko, co było jego obowiązkiem, a zgadza się z Virchowem co do potrzeby ustanowienia komisyi międzynarodowéj w Afryce.

Według ostatnich wiadomości Koch z polecenia rządu niemieckiego udał się do Paryża, aby się oddać na usługi rządu francuskiego; z Paryza ma następnie wyjechać do Tulonu. Zapewne świat cały cywilizowany z wytężoną uwagą oczekiwać będzie jego sprawozdań.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 15—21 czerwca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 32,6 Z ospy umarło 1 (1 z. t.); z płonicy 1 (1 z. t) z błonicy 1 (1 z. t.); z duru brzusznego 0 (2 z. t.); z róży 0 (2 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 4 przypadkach ospy, 16 odry, 6 płonicy, 4 błonicy. Od 8—14 czerwca umarło z ospy w Londynie 27. Świeżo zapadło 353, leczyło się w szpitalach 1322. W Budapeszcie i Paryżu umarło po 2, w Rzymie 3, w Wiedniu i Lizbonie po 4, w Liwerpolu 5, w Petersburgu 7, w Nowym Orleanie 11, w Pradze 19, w Madrasie 137. Z duru umarło w Genewie 8, w Zurychu 4. Odra złagodniała w Roterdamie, Hadze, Londynie i Petersburgu, bardziéj się rozszerzyła w Amsterdamie i Liwerpolu. Z duru osutkowego umarło w Warszawie, Saragosie i Palmie po 1, w Maladze 2, w Petersburgu 3. Z cholery umarło w Bombayu 18, w Madrasie 6.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 8—14 czerwca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców w Krakowie 37,8; w Warszawie 27,3; w Wiedniu 26,8; w Bupeszcie 42,7; w Pradze 38,2; w Tryjeście 21,4; w Berlinie 27,3; w Hamburgu 23,7; we Wrocławiu 28,0: w Gdańsku 26,0; w Mnichowie 32,7; w Dreźnie 23,8; w Lipsku 17,4; w Genewie 20,9; w Brukseli 26,1; w Amsterdamie 27,6; w Hadze 23,3; w Paryżu 22,2; w Londynie 26,7; w Kopenhadze 20,6; w Stokholmie 20,6; w Chrystyjanii 16,8; w Petersburgu 34,7; w Odesie 34,2; w Rzymie 31,6; w Wenecyi 22,0; w Bukareszcie 28,1; w Lizbonie 25,3; w Aleksandryi 38,9; w Nowym Jorku 24,1; w Filadelfii 20,0; w Bombayu 29,3; w Madrasie 45,3.

J. R.

Śmiertelność we Lwowie (liczącym 115.544 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). W poprzednim wykazie zamieszczonym w Nrze 26 Przeglądu Lekarskiego wydrukowano mylnie, iż zdarzyły się 3 przypadki śmierci z cholery, winno być 3 przypadki śmierci z dyfteryi.

W tyg. od 15—21 czerwca r. b. zmarło osób 60, co odpowiada śmiertelności na rok i 1000 mieszkańców 27·0. W téj liczbie zmarła 1 osoba z ospy, 2 z krztuśca, 1 z duru brzusznego.

VIII. Wiadomosci bieżące.

* **Kraków** d. 3 lipca. Dr. Peszke (w Warszawie, Plac Zielony. Nr. 1) ogłasza w *Gazecie Lekarskiéj* następujący list otwarty:

Zeszyt III „Słownika lekarzów polskich“ ś. p. Stanisława Kośmińskiego, który w m. lipcu r b. prasę opuści, zawierać będzie dokończenie litery *M*, daléj litery *N*, *O*, *P*, *R*, oraz początek litery *S*. Druk czwartego i ostatniego zeszytu niezwłocznie po ukończeniu trzeciego rozpoczętym zostanie i zawierać będzie litery *S*—*Z*, spisy ułożone według treści, czasu, oraz języka wymienionych w Słowniku prac, tudzież dopełnienia. Chcąc żeby praca zmarłego przyjaciela mego, która zgodnie z wolą jego w dalszym ciągu pod moim kierunkiem wychodzi, było o ile możności zupełną i dokładną, upraszam za pośrednictwem *Gazety Lekarskiéj* szanownych kolegów, których życiorysów w wyszłych dotąd zeszytach dla braku danych umieścić nie mogliśmy, o nadsyłanie mi notatek bijograficznych, oraz spisu prac swych z dokładném oznaczeniem, gdzie i kiedy ogłoszonemi były, żebym je mógł w dopełnieniach umieścić. Nadmienić jeszcze muszę, że z wdzięcznością przyjmę wszelkie uwagi, dotyczące niedokładności i braków, jakie się w wyszłych już zeszytach Słownika znaleźć mogą i które w tak obszernéj i mozolnéj pracy są nieuniknione.

* Z Warszawy otrzymaliśmy list następujący:

Jako członek komisyi konkursowéj złożonéj z 7miu lekarzy, z pomiędzy których czterech zajmuje się wyłącznie okulistyką, upraszam szanownego Pana Profesora o pomieszczenie w najbliższym numerze Przeglądu Lekarskiego, następującego sprostowania:

Podług obowiązującéj ustawy o konkursach na posady ordynatorów szpitali warszawskich, takowe odbywać się mają jedynie w języku urzędowym, rosyjskim.

Dr. Kamocki był przez dwa lata nie ordynatorem, lecz asystentem w Instytucie i jako taki pomagał lekarzowi naczelnemu w prowadzeniu ambulatoryjum. Pierwszeństwo przed Drem Kępińskim dla tego przyznaném mu zostało, że otrzymał głosów 68, gdy Dr. Kępiński miał ich tylko 50.

Racz przyjąć itd. od *Dr. B. Gepner*,
Ordynator Instytutu oftalmicznego.

* **Ruch kąpielowy.** W Cieplicach czeskich gości 3.274, W Truskawcu do d. 1 bm. było gości 315, w Gainfarn 534.

* **Berlin.** Powstały tu dwa nowe zakłady lecznicze prywatne: Dra Martina dla chorób kobiecych i prof. Sonnenburga dla chorób zewnętrznych.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga czeska.** Rektorem Uniwersytetu czeskiego na rok przyszły wybrany prof. położnictwa Streng, dziekanem Wydziału lek. prof. Weiss. — W Wydziale lek. niemieckim dziekanem obrany prof. Hering. Na wezwanie Uniwersytetu Wydział przedstawił terno na wakującą katedrę anatomii opisowéj, a mianowicie na 1ém miejscu prof. Aebego, na 2giém Schwalbego, a na 3cim Merkla z Gietyngi; nie uwzględnił zaś ponownie żadnego anatoma austryjackiego.—Na tymże Wydziale potwierdzony został Dr. Emil Schütz jako docent prywatny dla chorób wewnętrznych. — **Wiedeń** Do nominacyi zaś profesorów nadzw. przedstawieni zostali docenci prywatni: Wölfler, Hofmokl, Englisch, Mauthner i Urbantschitsch. — **Królewiec**. Docent prywatny Dr. Petruschky otrzymał tytuł profesora. — **Kijów.** Profesorem fizyjologii po Tomsie mianowany został docent Dr. Czyryjew.

* **Odznaczenia** Prof. Hoyer wybrany został członkiem honorowym Towarzystwa lekarzy petersburgskich, a prof. Neugebauer członkiem koresp. Tow. anatomicznego w Paryżu. — Radca dworu, prof. anatomii Dr. Karol Langer w Wiedniu otrzymał krzyż kawalerski orderu Leopolda. — Dyrektorem krajowego szpitala powszechnego w Bernie morawskiém mianowany został Dr. Mucha z Królowego Gradca.

* **Nekrologija** Dr. Zygmunt Schützer, o śmierci którego wspomnieliśmy w Nrze 25, urodził się w Gorlicach d. 30 marca 1833 r., nauki lekarskie kończył we Wiedniu, gdzie uzyskał dyplom d. 3 października 1863 r. W tymże roku osiadłszy w Tarnowie brał czynny udział w leczeniu rannych, przywożonych do tego miasta. Szan kol. Dr. Metzger, fizyk m. Tarnowa, któremu daty te zawdzięczamy, pisze, że zmarły był najlepszym kolegą, czynnym i pieczołowitym lekarzem, a Sąd powierzył mu najważniejsze sprawy; nadmiar pracy położył kres jego życiu. O cnotach i zasługach jego obywatelskich bardzo pochlebnie wyraża się artykuł „Pogoni“ w Tarnowie wychodzącéj, a przez p. fizyka również nam nadesłany. Ze swéj strony dodać tylko możemy, że znając osobiście nieboszczyka szanowaliśmy w nim kolegę zacnego, sumiennego, postępującego z nauką pomimo ciężkiéj pracy zawodowéj, a przedewszystkiém wolnego od zarozumiałości. Cześć Jego pamięci!

W Warszawie umarł Dr. Józef Mühlhausen, starszy ordynator szpitala Dzieciątka Jezus.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 26: Rupperta: Przypadek odmy piersiowéj lewostronnéj, powstałéj w następstwie przedziurawienia ściany przełyku przez owrzodzenie rakowate; Fabia-

na: Hemoglobinemija i hemoglobinuryja (c. d.). W *Medycynie* Nr. 26: Markiewicza (z Kiszyniewa): Białko, pepton i ptomainy.

Piśmiennictwo lekarskie. VERGUEIRO Nicolau P. de C. Lithotripsie in e. künstlichen Blase nach der Punctio vesicae suprapubica. M. 2 Taf. gr. 8. Paris. (Berlin, Hirschwald). M. 2.

ADAMKIEWICZ. Die Lehre vom Hirndruck u. die Pathologie der Hirncompression. Mit 12 Holzschn. Lex.-8. Wien, Gerold's Sohn. M. 1.60.

ALTFATER P. Die Morphium-Einspritzungen (subcutane Injectionen). 3 Aufl. Neuwied 1884. Beuser's Verl. M. 180.

AMBÜHL G. Die Lebensmittelpolizei. Anleitung zur Prüfg. u. Beurtheilg. v. Nahrungs u. Genussmitteln. 8. Mit 2 Tab. Leipzig, E. Günther. M. 3.

AUFRECHT. Pathol. Mittheilungen. 2 H. 8. Magdeburg, Faber. M. 2.—(1 u. 2. M. 5.—)

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 9 lipca w sali Akademii Umiej. o godz. 6éj popoł. posiedzenie zwyczajne, na którém kol. Głuziński Władysław mówić będzie o kilku nowych lekach doświadczanych w krakowskiéj klinice chorób wewnętrznych.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod top rałem Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 12 lipca 1884. | № 28. | Rok XXIII.

I. O nowym sposobie operacyi garbiaka rogówki.

Rzecz miana w sekcyi okulistycznéj IV Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu

Przez **Dra Bol. Wicherkiewicza**.

Sposobu, którym przez chwil tylko kilka uwagę Waszą Panowie zająć pragnąłbym, używałem przeważnie przeciw zupełnie rozwiniętemu garbiakowi całéj rogówki, i to zawsze z najlepszym skutkiem, tak, że po kilkoletniém stosowaniu go sądzę, iż mogę wystawić mu świadectwo z przebytéj próby.

Podając nowy jaki rękoczyn lub zalecając nowy środek leczniczy, trzeba przedewszystkiém wykazać, że dotychczas znane sposoby operacyjne lub lecznicze nie są wystarczające lub posiadają niedostatki, których tamtym zarzucić nie można.

Otóż dalekim jestem od tego, żeby ryczałtem potępić niezbyt zresztą liczne rękoczyny, zmierzające do usunięcia garbiaka rogówkowego. W pewnych jednakże razach nie odpowiadają one ściśle wszystkim zadaniom.

Nie założywszy sobie rozbierać krytycznie wartości tych operacyj, pozwolę sobie jednak z konieczności wytknąć pokrótce ważniejsze strony ujemne operacyj znanych i więcéj w podobnych razach używanych.

I tak: metodzie Beera, polegającéj na odcięciu całkowitém garbiaka, zarzucić można zbyt wielkie niebezpieczeństwo zupełnego wypływu ciałka szklanego a niebezpieczeństwo to wzmaga się, jeżeli przy koniecznėm znieczuleniu następują wymioty; daléj operacyja ta niepożądany przybrać może przebieg, skoro oko uległo wtórorzędnéj jaskrze. Jeżeli bowiem chodzi o cirsoftalmiję czyli rozdęcie naczyń wirowatych naczyniówki, nastąpić może, jak to Beer sam przyznaje, tak silny krwotok, że ocalenie gałki ocznéj staje się niemożliwém. Zresztą przypadki, w których ogólne zapalenie oka *(Panophthalmitis)* po takiéj operacyi następuje, zdaje się, nie są rzadkie.

Critchett zakłada, jak wiadomo, w obrębie okolicy ciałka rzęskowego lub poza niém, przed odcięciem garbiaka a raczéj przodkowéj części gałki, igły zakrzywione i zaopatrzone w nitki, mające powstrzymać upływ ciała szklanego, a dopiero wyciąwszy garbiakowato zmienioną część gałki, przeprowadza i zwięzuje nitki. Nie trudno domyśleć się, nawet niewykonawszy téj operacyi, że krwotok z powodu przejścia igieł przez część gałki najbogatszą w naczynia krwionośne może być bardzo znacznym, a nadto obawiać się trzeba, z powodu podrażnienia ciała rzęskowego, współczulnego zapalenia, pomijając to, że cel właściwy tego przez Critchetta poleconego rękoczynu, t. j. powstrzymanie ciała szklanego od wypadnięcia, rzadko przytém będzie można osiągnąć. Zresztą i zapalenie całéj gałki (*panophthalmitis)* nie musi być rzadkiém po takiéj operacyi zdarzeniem, skoro na 30 przypadków miał ich Critchett cztery. Przytém w razie udania się operacyi gałka maleje do tego stopnia, że operacyja ta nie przedstawia większéj korzyści od wyłuszczenia całéj gałki.

Tak Knapp jako też Wecker przyjmując w zasadzie operacyję Critchetta jako właściwą, nie przeprowadzają jednak nitek przez twardówkę, ale raczéj przez odczepioną spojówkę i to każdy w swój sposób. Unikają oni przez to niektórych niedostatków, jakie tamtéj operacyi zarzucić można, ale swoją drogą sprowadzają znaczne zmniejszenie gałki nie zapobiegając dostatecznie upływowi ciałka szklanego, które dostać się może pod odczepioną spojówkę i jako ciało obce wywołać niemiłe zaburzenia.

Küchlera operacyja, polegająca na rozcięciu garbiaka nożem Beerowskim, wypuszczeniu soczewki i kilkakrotném rozdzieraniu w następnych dniach tworzącéj się blizny, sprowadzić może zamierzony zanik gałki, ale w wysokim stopniu usposabia do ogólnego zapalenia gałki, a na domiar staje się choremu przykrą przez częste drażnienie oka. Znaczny zaś przeciąg czasu, potrzebny do zakończenia całéj sprawy, wcale niemiłym jest dodatkiem.

Kto zresztą na téj, tak dla operowanego jako też operującego uciążliwéj lub nieprzyjemnéj, drodze dojść pragnie do celu, posłużyć się też może sposobem Flarera, który przeprowadza przez gałkę nitki i pozostawia je tak długo, co dzień nieco pociągając, dopóki wywołane zapalenie całego oka nie pozwoli przypuszczać, że już dostateczny zanik gałki nastąpił.

Borelli (*Annal. d'oculistique*, 1858) idący za przykładem poleconym przez Celsusa, przekłuwa na krzyż podstawę garbiaka dwiema szpilkami, a poza niemi ściąga garbiak nitką jedwabną średniéj grubości. Końce nitek przytwierdza przylepcem do lica, a końce szpilek odcina poprzednio ostrożnie. Trzeciego lub czwartego dnia część zadzierzgnięta odpada.

Nie mieliśmy sposobności wykonania téj operacyi, która niezawodnie nie mało choremu sprawiać musi przykrości, wątpimy atoli, aby mogła zapobiedz krwotokom i ropieniu.

Oto najważniejsze ze sposobów będących zazwyczaj w użyciu. Każdemu z nich zarzucić można pewne niewłaściwości. Zniechęcony niedostatkami tych rękoczynów postępuję w przypadkach całkowitego garbiaka rogówki od lat kilku w następujący sposób:

Przez podstawę garbiaka, lecz jeszcze w obrębie zwyrodniałéj rogówki, a zatém przed granicą rogówko-twardówkową (1—2cm.), przeprowadzam za pomocą skrzywionéj igły trzy nitki katgutowe, t. j. w środku i po bokach, następnie wprowadzam od strony ucha także przed granicą rogówkotwardówkową i to 2—3 cm. nożyk Graefego w kierunku poziomym, zwrócony końcem ku nosowi a ostrzem do góry pod kątem od 15—45° do podstawy garbiaka, stosownie do tego, czy cała gałka przytém mniéj lub więcéj jest rozdęta, a doszedłszy do przeciwkłucia, przecinam zwyrodniałą błonę rogową w tymże kierunku ku górze. Uchwyciwszy potém szczypczykami płat dolny, odcinam z niego, stosownie do potrzeby, większy lub mniejszy kawałek eliptyczny nożyczkami, częściéj zaś tymże samym nożem zwróciwszy go ostrzem ku przodowi i na dół. Odsunąwszy na bok pętle nitek katgutowych, pojawiające się w ranie, przecinam torebkę soczewki na krzyż, jeżeli takowa pozostała na swém miejscu i wypuszczam soczewkę, jeżeli zaś zwichnięta na boku leży, staram się łyżeczką Pagenstechera usunąć ją w zamkniętéj torebce. Potém zwięzuję nitki katgutowe i zakładam po wystrzyknięciu worka spojówkowego 4% roczczynem kwasu borowego obuoczną opaskę, którą przez 2—3 dni co dzień świeżo zmieniam, aby ją następnie przez kilka jeszcze dni opaską jednooczną zastąpić. Niepożądanego przecięcia nitek przy wprowadzaniu noża w rozdętą komórkę oczną (tylną) trzeba się starannie wystrzegać, udaje się to jednakże przy pewnéj ostrożności. Nitek atoli nie trzeba po przeciągnięciu zbytnio wyprężać. Zagojenie następuje prawie bez wyjątku, doraźnie. Jeżeli się postępuje ostrożnie, nie trudno uniknąć upływu ciałka szklanego, którego zresztą cząstkę dowolną wypuszczam bezpośrednio przed związaniem nitek katgutowych, w razie gdy mi zależy na tém, żeby gałkę oczną znacznie zmniejszyć. Ścisłe spojenie rany rogówkowéj stawia potém silny opór dalszemu rozszerzaniu się garbiaka, a przodkowa część gałki tworzy w następstwie mocną bliznę, na któréj, w razie potrzeby, można namalować sztuczną źrenicę. U ludzi mniéj dbałych o względy kosmetyczne takie przysposobienie gałki z namalowaną źrenicą czyni noszenie sztucznego oka zazwyczaj zbytecznem.

W przypadkach, w których rozwiotczenie i rozdęcie rozprzestrzenia się także na twardówkę, gdzie więc cała gałka jest znacznie powiększona lub gdzie rogówka tak jest rozwiotczona, iż lękać się wypada, żeby jéj nitka nie przerwała, zakładam nitki katgutowe poza obrębem ciałka rzęskowego; mimo to, wycinam tylko z rogówki odpowiednio wielką cząstkę, a po wypuszczeniu soczewki, jeżeli ona nie uległa jeszcze wessaniu, zwięzuję nitki w sposób wyżéj opisany.

Nie będę Panów nużył szczegółowém opisywaniem pojedynczych przypadków. Nie tu miejsce i pora po temu. Zapewnić atoli Panów mogę, że wykonanie tego rękoczynu nie nastręcza żadnych trudności, i jest łatwiejszém aniżeliby się to zdawać mogło, a wynik zawsze był zadowalający. Operuję, jak rzekłem, w ten sposób od 5ciu lat; ilość operowanych przypadków wynosi 42, a pomiędzy temi ani jednego nie było ogólnego zapalenia gałki.

W trzech przypadkach, w skutek następnego przeropienia nitek katgutowych, część rany nie zagoiła się doraźnie, a w jednym przypadku nie wypuściwszy przy operacyi soczewki, zmuszony byłem w skutek odnawiającego się garbca powtórnie wziąć się do operacyi, która polegała na rozcięciu blizny i wypuszczeniu soczewki.

Na 42 przypadki, 38 dały doraźny zadowalający wynik; pozostałe zaś 4, mimo nie zupełnie prawidłowego przebiegu doprowadziły także, lubo po upływie nieco dłuższego czasu, do tego samego celu, dającego i choremu i operatorowi zadowolenie.

Przytoczona ilość operowanych przypadków nie daje jeszcze bezwzględnéj miary o wartości tego rękoczynu, ale w każdym razie budzi zaufanie i chęć do dalszego zastosowania go. Z tegoto względu polecam szan. kolegom mój rękoczyn do łaskawego uwzględnienia przy nadarzającéj się sposobności.

II. Kazuistyka lekarska w Turcyi.

Zebrał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 26).

O nieuleczności cierpienia przekonaliśmy się najdowodniéj w szpitalach wojskowych. Ludność bowiem albańska, nie mająca żadnego zaufania nietylko do porad lekarza przybysza ale nawet nie słuchająca własnych kumoszek, nadto nie będąc narażoną na żadne dolegliwości, okazuje się najzupełniéj obojętną i uważając rybią łuskę jako coś właściwego swéj narodowości, nie stosuje żadnego środka leczniczego. Tylko paru Izraelitów handlarzy oliwy, jak wszędzie tak i tutaj najlepszych przyjaciół lekarzy, dbali o dobry stan własnego zdrowia, zgodzili się spróbować wpływu wskazanych sobie leków. Lecz podobne przykłady należą do wyjątków tylko. Co innego jednak w szpitalach wojskowych. Tutaj z brudnego albańskiego wieśniaka, górala lub pasterza należało zedrzeć Jakucę, zmuszając drogą militarnéj dyscypliny do częstszego spotykania się z wypraną bielizną, oswojenia się z muzułmańską czystością i dojścia do pewnéj zmiany charakteru powierzchni skórnéj. W szpitalach też mieliśmy jedyną sposobność i bardzo bogaty materyjał do wypróbowania najrozmaitszych środków tak ludowych jak i opartych na doświadczeniu klinicznem, na nieszczęście jednak wszystkie one okazały się bardzo słabemi do usunięcia choroby i nie polepszywszy jéj stanu, zaledwie przyczyniły się do czasowego rozmiękczenia powłok zajętych rybią

łuską. W kraju produkującym oliwę znaleziono łatwy sposób działania rozmiękczająco na ogólne powłoki skóry. Dość często do tego się ograniczało całe postępowanie lecznicze. Za przykładem miejscowym postępowaliśmy i w szpitalach. Mając oliwy podostatkiem używaliśmy jéj nietylko do nacierań, ale po prostu wsadzaliśmy chorych do wanien wypełnionych oliwą, zalecając pozostanie w podobnéj kąpieli przynajmniéj dwie godziny. Nie przywykły do pławienia się w podobnym elemencie brudny albańczyk, a co większa zgorszony, że tak pożyteczny produkt bywa tak poniewieranym przez rządowych lekarzy, uskarżał się, narzekał, z obawą i z pewném niejako uszanowaniem wchodził do wanny i tylko na zapewnienia, że to sam Padyszach zalecił w ten sposób traktować jego cierpienie, uspakajał się i czekał. Po kąpieli powtarzanéj co drugi dzień, nacierano chorego mydłem silnie alkaliczném wyrabianém w Prewezie i Durazzo. Wreszcie w liczbie środków wewnętrznych stosowanych w rozczynach, pigułkach i ziarnach, figurował głównie arsen: mianowicie płyn Fowlera i arsenian żelaza w ulepku lub ziarnach. Takiém postępowaniem, trwającém zwykle dość długo, udawało się przyprowadzić skórę do lepszego wejrzenia, w skutek usunięcia warstw łuskowych. Lecz gdy tylko żołnierz opuścił szpital i zaniechał choćby na krótko tylko wcierania podanéj maści lub mydła alkalicznego, pomimo że nieprzestawał brać środków wewnętrznych, skóra wytwarzała nowe warstwy łuskowe i cierpienie wracało do dawnego stanu. Środkiem jednak, który dał nam najlepsze rezultaty, było zupełne opuszczenie prowincyj i przeniesienie się do garnizonu, położonego gdzieś w głębi Anatolii. Tam, jeżeli tylko dotknięta osoba była tyle rozsądną, że niezaniechała nacierań alkalicznych i olejnych, choroba powoli traciła pierwotny charakter, łuski stopniowo ustępowały i często wtedy Albańczyk pozbywał się cierpienia, które wyniósł ze swych rodzinnych okolic. Widziałem też całe albańskie kolonije, obowiązane strzedz wybrzeży Eufratu i okolicznych osad od napaści Arabów-beduinów, które w drodze służbowéj przeniesione z Albanii środkowéj do Kurdystanu i bezwarunkowo wszyscy okryci rybią łuską, przez pobyt tutaj doznawali bardzo widocznego polepszenia. Rzecz niemniéj ciekawa, że pośród nich guz bagdadzki jest pojawem wcale nieznanym. Dzieci jednak zrodzone już w Anatolii z matek miejscowych, przedstawiając stale pierwsze pojawy cierpienia odziedziczonego po ojcu, już w pierwszych miesiącach życia dostawały zwykle guza bagdadzkiego. Ze środków ludowych choć wyjątkowo tylko zastosowywanych i to jedynie przez mieszkańców południowych okolic Argyrokastro mogę podać nastój w oliwie liści i korzenia z *Heleborus niger* a oraz proszek z płatków kwiatowych tej rośliny, podawany w dawce od 15—40cgr. Także olejek z nasion *Euphorbia lathyris*, uważany jako środek powstrzymujący tworzenie się łusek grubych, stosują tu z pewném zaufaniem. Płeć zaś piękna téj okolicy, przypisując bardzo wielką wartość leczniczą wodzie przekroplonéj z owocu *Citrus-Cedra*, używa jéj w przekonaniu, że zgrubiałe warstwy rybiéj łuski zostaną powstrzymane w swym rozwoju. Jest to ludowy przesąd tylko, nie mający żadnego znaczenia leczniczego. Prawdopodobnie tylko przyjemny zapach, jaki posiada woda cedrowa, jest jedynym powodem wielkiéj jéj wziętości.

Jakkolwiek zamknięta w mojém opowiadaniu granicami Albanii, rybia łuska dała się zauważyć i w innych okolicach tureckiego Wschodu, jednak tylko w prowincyjach europejskich Turcyi. Kilka jéj przykładów spotkano pośród Bułgarów z téj strony Bałkanu. Zauważano ją także w Tracyi i Macedonii, mianowicie pośród tak zwanych Kuco-Wołochów, zamieszkujących okolicę między Saloniką i Kastoryją. Spostrzeżenia jednak, jakie posiadamy z prowincyj azyjatyckich, przekonywają najdowodniéj, że stan ten chorobowy jest tam nieznany.

Nadużywszy cierpliwości czytelnika zbyt drobiazgowém opowiadaniem o trzech zaledwie najbardziéj wydatnych stanach chorobowych skóry, widzę, że postępując tak daléj przeszedłbym bardzo granicę zwykłego szkicu. Chcąc temu zaradzić i pragnąc uwydatnić jak można najdokładniéj każdy oryginalny pojaw zauważany w rozwoju, trwaniu i leczeniu stanów chorobowych skóry, porównałem niektóre z nich z opisami klasycznemi i przekonawszy się, że między niemi zachodzi bardzo mała różnica, postanowiłem zmienić dotychczasowy sposób opowiadania. Zamiast więc cytowania przypadów każdéj z ważniéjszych chorób skórnych, pozwolę sobie pominąć opisy patologiczne, a tylko uwzględniając rozmaite sposoby leczenia, postaram się wykazać oryginalną ich cechę miejscową, popierając je wzmianką o leczeniu racyjonalném i ludowém.

Zdrowie i piękna cera to są dwa skarby zarówno drogie jak i niestałe, które higijena zaleca pielęgnować. Wychodząc z téj zasady, zwrócimy się najprzód do tutejszych haremów dla przekonania się, jakich to zmyślność wschodnia używa sposobów, ażeby u zamkniętych tu hurysek przechować śnieżną białość skóry lub zniszczyć w samym zarodzie jeszcze chorobowe jéj pojawy. Zdanie podróżujących po Wschodzie, że haremowe damy stale posiadają skórę delikatną i nieporównanéj białości, nie zawsze zgadza się z faktami zauważanemi przez lekarzy. Cóż bowiem częstszego, jak spotkać kobietę turecką uskarżającą się na szpecącą jak twierdzą ostudę lub piegi, powstające jak wiadomo z przyczyn wewnętrznych wywołujących znaczniejszą wydzielinę barwika lub też występujące w przebiegu ciąży, w następstwie trudnych lub nieregularnych czyszczeń miesięcznych, a także w następstwie podrażnienia narządu trawienia pewnemi gatunkami pokarmów. Wszystkie te przyczyny są bardzo pospolite w haremach, gdzie usunięcie ich jest rzeczą niepodobną, zmuszającą więc do działania tylko na sam pojaw chorobowy. W tym celu matrony tutejsze posługują się przeważnie dwuchlorkiem rtęci i nastojem much hiszpańskich, które to przetwory mięszają i dodawszy pewną ilość wody używają do przymoczek. Mniéj doświadczone posługują się wodą przekroploną z liści śliwkowych, balsamem z Mekki lub tylko wodą, w któréj przez pewien czas pozostawały kawałki siarki. Środkiem zaś znajdującym największą wziętość jest to tak zwana przymoczka czerkieska, przygotowywana z cytryny rozerzniętéj na dwie połowy, wyciśniętéj i pozostawionéj na całą noc w chłodnym pokoju. Rano rozbija się żółtko z jaja, wlewa się do każdéj z połówek cytryny, która wydzielając swój olejek lotny nasyca nim żółtko i stanowi bardzo popularny kosmetyk do nadania skórze delikatności i usunięcia piegów i plam ostudowych. Kobiety zaś greckie, prócz przetworów rtęci, używają jeszcze środków domowych, zwanych ciastem k a l i d e r m o w é m, w którego skład wchodzi krzemionka, talk, słodkie mleko i jeden lub kilka naraz olejków aromatycznych. Nie wspominam o wyrobach perfumeryj zachodnich, w których figurują węglan ołowiu, wismut, cyna, siarkan baryty i t. d. W buduarach dam wschodnich wprawdzie często spotykamy całe bateryje

najrozmaitszych słoików i flakoników, lecz użycie ich treści jest ograniczone i zwykle bywa zastąpione środkami swojskiego wynalazku. Prócz piegów i wyrzutu ostudowego ileż to pięknych twarzy, białych gorsów, ramion o klasycznych kształtach i delikatnych rąk, nie pokrywają się malutkiemi plamkami, zdającemi się znikać pod zimę, by z pierwszym brzaskiem dni ciepłych wystąpić z nową siłą. Nieznaczne te plamki (lentigo) prawdziwe łuski, bardzo uporczywie opierające się działaniu środków tajemniczej perfumeryi, na Wschodzie ustępują pod wpływem wynalezionej przeciw nim broni. Ponieważ zaś cała ta sprawa chorobowa zależy na wydzielinie ziarnistego barwika, więc do jego usunięcia najprzód używają tu nacierań i przymoczek aromatycznych środków sprzyjających rozmiękczeniu naskórka i wreszcie mięszaniny z octu, miodu i gorzkich migdałów, soku z łodyg roślin cebulowatych, jak lilija i amaryllis i naparu w serwatce korzenia pospolitego chrzanu. Środki te jednak nie w każdym razie dają pożądane rezultaty. I wtedy to tradycyjny sposób postępowania zwykł ustępować przed środkami bardziéj energicznemi, w liczbie których najgłówniejszą rolę odgrywa dwuchlorek rtęci i arsen, i ich zastosowanie pomimo wszelkich przestróg jest tu bardzo rozpowszechnioném.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Nowsze piśmiennictwo psychijatryczne i sądowolekarskie
ocenił prof. Dr. **Blumenstok**.

IV.

Dr. Hermann Kornfeld: Handbuch der gerichtl. Medicin mit 50 Holzschn. Stuttgart, Enke, 1884, in 8vo str. 611.

W obec dzieł Schauensteina, Krahmera, Caspra-Limana, Hofmanna i dzieła zbiorowego Maschki ogłoszenie nowego podręcznika sądowolekarskiego w języku niemieckim jest przedsięwzięciem śmiałém, zwłaszcza, gdy autorem tego podręcznika jest lekarzem, wprawdzie znanym z kilku rozpraw i jako tłumacz psychijatryi Blandforda, ale w nauce nie zajmującym stanowiska wybitniejszego. A pomimo że książka ta nowa nie czyni zadosyć „potrzebie gwałtownie czuć się dającéj." nie spotkaliśmy się dotąd z krytyką dla niéj niekorzystną, owszem nawet czasopisma fachowe niemieckie i włoskie wyrażają się o niéj wcale pochlebnie, jakkolwiek pod żadnym względem nie dorównywa dziełom na wstępie wspomnianym. Każde z tych dzieł wyszło z jednego odlewu, każde z nich może ma pewne wady, ale nosi także na sobie znamię autora; podręcznik Kornfelda zaś jest kompilacyją, wprawdzie skrzętną ale zdradzającą w wielu ustępach, że autor wprawdzie czytał bardzo wiele, ale nie wszystko widział, co opisuje, a zarzut ten odnosi się głównie do zmian anatomicznych, bardzo pobieżnie, a czasem niedokładnie podanych. Autor jest nieodrodnym synem epoki obecnéj, któréj hasłem jest gorączkowy pośpiech; nie miał oczywiście czasu do gruntownego zbadania rzeczy i dlatego popełnia tu i owdzie rażące błędy. Tak np. wyczytawszy, że papież Inocenty III w r. 1209 w przypadku szczegółowym zabójstwa zarządził dochodzenie lekarskie, podaje fakt ten jako ustawę ogólną; niezgodnie z prawdą twierdzi, że według ustawy Karola V wyższe kolegija lekarskie kontrolowały orzeczenia znawców: według niego Ambroży Paré napisał dwa traktaty sądowolekarskie, dziełko Codronchiego wyszło w r. 1697 a Fedelego w r. 1598, Zacchiasz był lekarzem w mieście „Santa Rota," a więc nie wie, że był lekarzem przybocznym Papieża w Rzymie i konsulentem lekarskim Rnoty; prawnika Chaudégo w Paryżu nazywa jednym z najznakomitszych lekarzy sądowych wieku bieżącego, a nazwiska autorów przekręca nie do poznania; w nasieniu pod mikroskopem znajduje ciałka nasienne białe i czerwone (str. 31); lekkie uszkodzenie cielesne według ustawy karnéj austr. nie musi wywołać znamion widocznych (str. 76), obecność tlenku węgla we krwi ludzi zmarłych w pożarze wykazał Brouardel (131), promieniowaniu księżyca przypisuje wpływ jakiś szczególny (136), możności samogwałtu nie wyklucza (str. 140), w pęcherzach oparzelinowych po śmierci wywolanych znajduje płyn opalizujący lub mleczny (str. 147), Traupmann zamordował Père Klinka (zamiast Klinka ojca, jego żonę i dzieci), panna Ebergenyi została zamordowaną (str. 261), woń kwasu pruskiego różni się od woni migdałów gorzkich i nitrobenzolu (263), próba Schreyera uskutecznioną została w r. 1680 itd. itd. Poprzestajemy na téj antologii; wystarczy ona, aby dowieść, że liczne błędy, w które książka obfituje, sprostować sobie może tylko czytelnik z przedmiotem i literaturą jego dobrze obeznany, podczas gdy każdego innego, a zwłaszcza ucznia, całkiem obałamucić muszą. Ryciny, w ilości 50, mieszczące się w podręczniku są po części zbyteczne, wszystkie atoli wyjęte z dzieł obcych, co autor każdym razem sumiennie zaznacza.

Zaznaczywszy stronę ujemną książki, musimy podnieść i stronę dodatnią. Nie znajdujemy jéj w obszernym wypisie z ustaw karnych i cywilnych niemieckich i austryjackich, zajmującym aż 125 stronnic, co naszém zdaniem było całkiem zbyteczném, lecz upatrujemy ją w téj części podręcznika, która właściwie do medycyny sądowéj nie należy. I tak autor poświęcił osobne rozdziały oznakom śmierci i śmierci pozornéj, uszkodzeniu zdrowia przez lekarstwa i zepsute lub sfałszowane pokarmy, przez choroby zaraźliwe, traceniu na mocy wyroku, chowaniu zmarłych itp. kwestyjom, należącym raczéj do zakresu higijeny. Snać, że autor jest fizykiem i że zadania lekarza rządowego nie odróżnia od zadania lekarza sądowego. Jakkolwiek ten powrót do dawniejszéj „medycyny państwowéj" nie jest w nauce pożądanym, to przecież czytelnik znajduje w książce, o któréj mowa, wiele traktowanych przedmiotów, nad którémi nowsze dzieła sądowolekarskie przechodzą do porządku dziennego. O tyle więc praca Dra K. nie jest bez wartości.

Pasteur: **Nowe badania nad wścieklizną**.

Zaledwie ucichły głosy prasy w sprawie szczepienia prątków wąglikowych i odkrycie to wiekopomne doczekało się coraz większego zastosowania, niestrudzony Pasteur ogłasza światu w swém piśmie do Akademii paryskiéj wynik badań nad wścieklizną. Znalazł on, że jeżeli się jad wścieklizny przeszczepia z psa na małpę, z téj na inną małpę itd. to tenże staje się coraz słabszym i w ten sposób zmieniony jad wścieklizny wstrzyknięty a nawet przez trepanacyję wprowadzony (któryto sposób nigdy w wściekliźnie nie zawodzi) do ustroju innego psa lub zająca, królika, świnki morskiéj, działa albo bardzo słabo, albo zostaje bezskutecznym w miarę tego, im więcéj razy był przeszczepiany z jednéj małpy na drugą. Zupełnie przeciwny wynik otrzymuje się przeszczepiając jad wścieklizny na króliki lub świnki morskie; tu bowiem natężenie jadu wzrasta w miarę, im więcéj razy go przeszczepiono a jad w ten ostatni sposób zmieniony wstrzyknięty psu wywołuje tak gwałtowne przypady, jakich się nigdy nie spostrzega w zwykłéj wściekliźnie. Że rzeczywiście zmiana ta w natężeniu jadu

zależy od pewnych indywidualnych własności zwierząt do przeszczepiania użytych, potwierdza to doświadczenie, że jad, którego natężenie w skutek przeszczepiania na małpy znacznie się zmniejszyło, może odzyskać swą pierwotną siłę, jeżeli się go przeszczepia na króliki lub świnki morskie, z tą rozumie się różnicą, że w tym ostatnim razie potrzeba do osiągnięcia tego samego natężenia jadu przeszczepiać więcéj razy. Zastosowanie odpowiednie tych rezultatów może, jak twierdzi P., mieć wielką doniosłość praktyczną, bo daje środek ochronny przeciw wściekliźnie psów.

Jeżeli się psu wprowadza jad wścieklizny królika, którego śmierć nastąpiła w 7—8 dni po wprowadzeniu tego jadu do ustroju a następnie jad tego samego królika wprowadza do krwi innego itd., przytém zaś jad każdego z tych królików wszczepia temu samemu psu, to mimo, że natężenie jadu się zwiększa, pies do doświadczenia użyty, znosi je zupełnie dobrze; bo i siła odporności jego ustroju coraz więcéj się wzmaga.

Jak widzimy, pierwsze próby wypadły bardzo korzystnie. Pozostaje tylko stwierdzić na większą skalę, że szczepione w ten sposób psy są bezwzględnie wolne od wścieklizny udzielonéj przez ukąszenie; lecz sprawa ta odłogiem leżeć nie będzie, skoro minister oświaty mianował na przedstawienie Akademii komisyję, mającą stwierdzić doświadczenia Pasteura. Nie tak łatwo jednak będzie można wynalazek **Pasteura** zastosować do szczepienia ochronnego wścieklizny u ludzi; bo tylko długoletnie, sumienne, na różnych zwierzętach i w rozmaitych warunkach przedsiębrane doświadczenia będą mogły upoważniać do tego rodzaju próby. (*Wiener Med. Blätter*, Nr. 23). *Dr. Otto.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

XI. Posiedzenie zwyczajne z d. 25 czerwca r. 1884.

Przewodniczący kol. Kwaśnicki. Członków obecnych 14.

1. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i bez zmian przyjęto.

2. Przewodniczący zawiadamia o śmierci czł. koresp. Tow. lek. krak. Dra **Schützera** i czł. czyn. Magistra chirurgii **Czulika**, poczém Zgromadzenie wyraża przez powstanie cześć ich pamięci.

3. Kol. **Browicz** przedstawia preparaty z Zakładu anatomii patologicznéj, a mianowicie: macicę, która uległa t. zw. *Endometritis puerperalis gangraenescens dissecans*, oraz trzy żołądki z t. zw. *Cirrhosis ventriculi* w różnych okresach. (Preparaty te opisane będą obszernie w Przegl. Lek.)

4. Kol. **Jaworski** mówi o różnicy wpływu wody a nowéj soli karlsbadzkiéj na przewód pokarmowy na podstawie doświadczeń klinicznych, jakotéż o metodzie kontrolowania przebiegu leczenia podczas stosowania wód mineralnych.

Prelegent odwołuje się do swoich poprzednio na posiedzeniach już przedstawionych wyników doświadczeń co do soli karlsbadzkiéj, przedstawia w krótkości wyniki około 200 doświadczeń z wodą karlsbadzką wykonanych na chorych w klinice prof. Korczyńskiego, a przedstawionych na ostatnim Zjeździe; następnie przedstawia swoje doświadczenia nad zachowaniem się saméj wody przekroplonéj w przewodzie pokarmowym przy różnych ciepłotach, z których się okazuje, że woda o ciepłocie byleby różnéj od ciepłoty ciała jest słabszym lub silniejszym bodźcem do wydzielenia soku kwaśnego i trawiącego, a $^1/_4$ litra wody przekroplonéj znika ze żołądka według ciepłoty w przeciągu 15—25 min.; i to woda zimna prędzéj, niż woda przekroplona ciepła.

Porównawcze doświadczenia z wodą a solą karlsbadzką jakotéż z wodą przekroploną uskutecznił prelegent na 12 osobach z kliniki prof. Korczyńskiego, po kilkanaście na każdym. Różnicę między wodą przekroploną a wodą karlsbadzką znalazł tę: 1) że woda karlsbadzka ciepła ze żołądka wcześniéj znika, niż zimna, podczas gdy z wodą przekroploną ma się rzecz przeciwnie; 2) że woda karlsbadzka kilka razy silniéj pobudza do wydzielania kwaśnego i trawiącego soku, niż woda przekroplona; 3) że pobudzenie do wydzielania kwasu pod wpływem wody karlsbadzkiéj trwa godzinami, podczas gdy pod wpływem wody przekroplonéj ustaje, skoro woda przybiera ciepłotę ciała, ztąd prelegent wnioskuje, że przyczyną podniecenia czynności żołądka przez wodę karlsbadzką są przeważnie ciała w niéj rozpuszczone, a bodziec termiczny w początku przyczynia się do wydzielania.

Różnice między wpływem wody a soli karlsbadzkiéj podnosi autor następujące:

1. Że rozczyn zimny soli karlsbadzkiéj wcześniéj żołądek opuszcza, niż ciepły, podczas gdy przy wodzie karlsbadzkiéj rzecz ma się przeciwnie.

2. Że z rozczynu soli karlsbadzkiéj znika najwcześniej węglan sodowy, następnie siarkan, potém chlorek sodowy; podczas gdy z wody karlsbadzkiéj znika ze żołądka najprzód siarkan, potém dopiero węglan, a następnie chlorek sodowy.

3. Podczas gdy sól karlsbadzka wpływa silnie na funkcyje jelit i wywołuje żywe ruchy robaczkowe, tego wszystkiego przy stosowaniu wody karlsbadzkiéj spostrzedz nie można było.

4. Podrażnienie żołądka do wydzielania kwaśnego i trawiącego soku jest kilka razy silniejsze niż przez wodę karlsbadzką.

5. Zadrażnienie żołądka do wydzielania kwaśnego soku pod wpływem wody karlsbadzkiéj trwa dłużéj, bo trzeba czekać 4—6 godzin, nim treść stanie się obojętną, podczas gdy przy stosowaniu soli karlsbadzkiéj wywołana kwasność treści żołądka niknie po $1\,^1/_2$—2 godzin.

Autor podnosi tu okoliczność wynikającą z jego doświadczeń, że sól karlsbadzka zachowuje się tak w żołądku, jak rozczyny sztucznych soli, których wpływ na czynność żołądka wielokrotnie badał, podczas gdy woda karlsbadzka w swojém działaniu ma coś swoistego niedającego się sztuczną mięszaniną naśladować. To zachowanie się obserwowane i przy innych wodach mineralnych przypisuje kol. Jaworski częścią zbiorowemu działaniu minimalnych składników w wodzie zawartych, częścią zaś innego rodzaju kombinacyi łączenia się pierwiastków we wodzie, niż je przypuszczają obecnie chemicy.

Prelegent uważa na podstawie dotychczasowych doświadczeń wodę karlsbadzką wskazaną przeważnie w chorobach żołądka, a sól w chorobach jelit; poleca zaś używanie wody karlsbadzkiéj w chorobach jelit w postaci lawatyw. Daléj zwraca uwagę kol. Jaworski na potrzebę kontrolowania skutków leczenia podczas stosowania wód lub innych środków solnych szczególniéj w zdrojowiskach. A to uskutecznia się najstosowniéj według metody podanéj na Zjeździe przez prelegenta kol. Jaworskiego i kol. Gluzińskiego, wykonywa się ją w następujący sposób: Pacyjent zjada rano naczczo jedno twardo gotowane kurze białko, zapija je 100cm.sz. wody i siedzi 4—5 kwadransów. Poczém wlewa się przez sondę 100cm.sz. wody przekroplonéj i aspiruje treść żołądka, poczém się ją odstawia do przesączenia, a do żołądka wlewa się kilkakrotnie wody i aspiruje w celu przekonania się, czy kawałki białka zostały już wydalone ze żołądka czy nie. W żołądku prawidłowym po tym czasie nie powinien się ani strzępek białka znajdować, przesącz treści żołądkowéj pierwotnie bezbarwnéj i mało co kwaśny, peptonów jakotéż syntoniny wcale lub tylko jeszcze zaledwie ślad zawierać, a 25cm. przesączu powinny krążek białka strawić po zakwaszeniu kroplą kwasu solnego co najpóźniéj po 7 godzinach. Mikroskop powinien tylko tu i owdzie ciałka śluzowe jakotéż przybłonek z jamy ust wykazywać, tkanki gruczołowéj żołądka w prawidłowych stosunkach zwykle się nie napotyka. Przekroczenie w którymkolwiek z powyższych punktów wskazuje czynność żołądka patologiczną. Dobrze jest równocześnie u téj saméj osoby użyć metody badania wodą lodową, podanéj przez tychże autorów, przez co ma się pojęcie dokładne o zmianach kwaśności wydzielanéj treści żołądka. Tego rodzaju kontrola z tego powodu jest dla lekarza zdrojowego potrzebną, aby mógł ocenić, czy leczenie skutkuje, jak długo ma być stosowane, i czy już pora jest ukończyć leczenie. Woda bowiem karlsbadzka a prawdopodobnie i inne wody solne mineral-

re, ma to do siebie, że w pierwszych dniach stosowana silnie kwaśność treści żołądka podnieca. Po dłuższym zaś czasie stosowania następuje zupełne znużenie funkcyi żołądka, tak że jak kol. Jaworski miał wielokrotnie sposobność zauważyć, u osób doświadczanych, które w początkach używania wody karlsbadzkiéj miały kwaśność znaczną i dobrze trawiącą, treść żołądka, po kilkutygodniowém użyciu wody karlsbadzkiéj stała się alkaliczną i nie trawiącą, co wskazuje, że leczenie było za długo prowadzone, a elementa wydzielające kwas i ferment trawiący zostały zniszczone. Szczególniéj ma to miejsce po stosowaniu dużych dawek wody karlsbadzkiéj już przy użyciu 500cm.sz. Dla tego prelegent przestrzega, aby wód mineralnych używać tylko w małych dawkach i niezbyt długo, aby trawienie i wessanie, a w następstwie odżywianie ciała, nie podupadło.

W końcu zwraca kol. Jaworski uwagę na to, że aby doświadczenia miały wartość kliniczną i mogły być przy łóżku chorego zużytkowane, muszą być wykonane na ludziach bez zmiany normalnych warunków a nie na zwierzętach, jak dotąd, lub przetokach ludzkich, i podnosi np. ten fakt, że przez tak błędne i nienormalne manipulacyje przyjmuje się obecnie jako przebieg trawienia fizyjologiczny, to co jest właściwie patologicznèm, dla tego i dla zboczeń patologicznych wyjaśnień dotąd nie znaleziono, podczas gdy kol. Jaworski i kol. Gluziński robiąc poszukiwania nad trawieniem żołądkowém białka podaną metodą wprost na ludziach, znaleźli, że trawienie fizyjologiczne w odmienny sposób się odbywa, niż to obecnie się przypuszcza, a zboczenia chorobowe we funkcyi żołądka na czém innêm polegają, niż to obecnie przypuszczają, a za têm musi pójść radykalna zmiana w terapii chorób żołądkowych. Doświadczenia na przetokach ludzkich lub zwierzętach w tym kierunku czystych a praktycznych wyników wydać nie mogą.

W dyskusyi nad tym odczytem zabierali głos koll. Oettinger, Kwaśnicki i Riedmüller.

Na têm posiedzenie zakończono. *Dr. Szymkiewicz.*

V. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu.

Sprawozdanie Dra **Kwaśnickiego.**

IV.

Sekcyja okulistyczno-otyjatryczna.

Do przewodniczenia na têm pierwszém posiedzeniu zaproszony został prof. Szokalski, na sekretarza Dr. Kępiński.

I. Prof. Rydel miał wykład o nowym sposobie otwierania torebki podczas wydobycia zaćmy. Usiłowania podjęte w ostatnich 20 latach celem wydoskonalenia operacyi zaćmy znalazły ostateczny swój wyraz w zastąpieniu dawnego cięcia płatowego, uskuteczniánego w rogówce, cięciem obwodowém lekko łukowatêm, co do którego doszło wreszcie, jeżeli nie we wszystkich szczegółach, to przynajmniéj w zasadzie do porozumienia. Natomiast panują jeszcze wielkie różnice zapatrywań co do postępowania z torebką soczewkową. Najlepiéj odpowiadałoby niewątpliwie celowi wydobycie zaćmy z całą nienadwerężoną torebką. Gdy jednak że ten sposób operowania naraża oko na odpływ ciałka szklanego i zmusza zbyt często do wyciągania zaćmy za pomocą łyżeczki, jest więc przydatny tylko w razie pewnych szczegółowych wskazań a nie nadaje się do operowania zwykłych przypadków zaćmy sebyłkowéj, stanowiących ogromną większość. Nie znamy również jeszcze pewnego sposobu wydobycia z oka części niezaćmionéj torebki przodkowéj. Nie pozostaje nam więc nic innego jak rozciąć torebkę, aby przez otwór w niéj wystąpić mogła soczewka. Otwarcie torebki staje się jednak źródłem spraw zapalnych i niebezpieczeństw groźnych. Żeby rozcięcie torebki odpowiadało celowi a niebezpieczeństwa jego były jak najmniejsze, winno ono być tak uskutecznione: *a)* żeby zaćma wystąpić mogła łatwo, *b)* żeby torebka odwinąć i wycofać się mogła z środkowego obszaru źrenicy jak najdaléj ku obwodowi a pozostałe w oku szczątki zaćmy wessać jak najłatwiéj, *c)* żeby strzępki torebki nie mogły wpaść i wróść w rankę operacyjną. Wykładający przechodzi szczegółowo wszystkie znane dotąd sposoby otwierania torebki i wykazuje, że żaden z nich nie odpowiada tym wszystkim warunkom w zupełności. Stanowczo oświadcza się mianowicie przeciw obwodowemu otwieraniu torebki, zalecanemu przez Knappa, i wykazuje jego złe strony.

Od listopada 1881 prelegent otwiera torebkę własnym sposobem uskuteczniając ostrym haczykiem trzy pociągnięcia. Naprzód poziome wzdłuż dolnego brzegu źrenicy, następnie pionowe od dołu do góry środkiem źrenicy a w końcu poziome wzdłuż ranki operacyjnéj, w odległości około 2mm. od górnego brzegu soczewki. Gdyby każde z tych trzech pociągnięć zadawało torebce rankę ciętą linijową, utworzyłyby się dwa płaty boczne z podstawą pionową, które otwierając się na kształt dwóch skrzydeł podwoi, dozwalałyby zaćmie wystąpić swobodnie przy lekkim ucisku. Oczyszczenie źrenicy z szczątków zaćmy byłoby bardzo ułatwione a wrośnięcie torebki w rankę operacyjną niemożliwe. Zadanie takich trzech cięć linijowych nie udaje się jednakże zapewne nigdy, gdyż otwierając torebkę jakiémkolwiek narzędziem rozrywamy ją tylko i tworzymy rankę klinopłatową z podstawą prostopadłą do kierunku, w którym narzędzie działa. Mimo to nowy sposób otwierania torebki z wszystkich znanych dotąd odpowiada najlepiéj wymienionym powyżéj warunkom. Tym sposobem operował R. 95 przypadków zaćmy sebyłkowéj niepowikłanéj a wyniki co do odzyskanego wzroku, porównane mianowicie z wynikami dawniejszemi (Przegl. Lek. 1878), przemawiają bardzo na korzyść tego sposobu. Zupełnie pomyślny wynik, tj. bystrość wzroku od $^{6}/_{6}$ aż do $^{6}/_{60}$, osiągnięto 93 razy (97·90%, dawniéj tylko 91·85%). W jednym przypadku nastąpiło po zapaleniu tęczówki i torebki *(Irido-Capsulitis)*, zamknięcie źrenicy z utrzymaniem jednak dobrego poczucia światła i dobrą zdolnością lokalizowania wrażeń świetlnych, a więc z nadzieją przywrócenia wzroku przez operacyję powtórną. Jeden przypadek wreszcie ukończył się zupełnie niepomyślnie (1·05%, dawniéj 5·02%). Te pomyślne wyniki były skutkiem pierwszéj operacyi z wyjątkiem trzech przypadków, w których musiano wykonać operacyje dodatkowe. Jak łatwo po takiém rozcięciu torebki zaćma występuje, dowodzi okoliczność, że na 95 przypadków upływ ciałka szklanego wydarzył się tylko raz jeden (tj. w 1·05%, dawniéj zaś w 8% przypadków). Raz jeden również (w tym samym przypadku) zaszła potrzeba wyciągnięcia zaćmy pętlą Webera (w 1·05%, dawniéj w 6·5%). Przytoczone szczegóły przemawiają dosadnie na korzyść nowego sposobu operowania, wiedząc atoli, że liczba 95 operacyj nie jest dostateczną do stanowczego ocenienia, wykładający uprasza kolegów, żeby próbowali podanego sposobu i przyczynili się swojém doświadczeniem do ostatecznego ocenienia jego wartości.

W dyskusyi zauważył Dr. Kępiński, że może lepiejby było przy otwarciu torebki soczewkowéj pierwsze cięcie prowadzić od góry na dół pionowo, bo przecież płat torebki, jaki, przy cięciu, które właściwie jest rozerwaniem tylko, skierowanym będzie ku dołowi, a więc i źrenica będzie wolną i płat w ranę się wgoi. Dr. K. jest również zwolennikiem metody operacyjnéj Graefego, kładzie jednak wierzchołek rany już w rogówce, przez co rana tęczówki wycię-

téj i rogówki nie schodzi się i nie zrasta. Zabierają jeszcze głos Dr. Łasiński, Dr. Wicherkiewicz i prof. Szokalski.

II. Dr. Kępiński czyta: „O leczeniu przewlocznego zapalenia ziarnistego łącznicy.“ Wywody prelegenta streszczają się w trzech punktach: 1) Zmętnienie rogówki zależy od ucisku powiek zgrubiałych i chropowatych na gałkę oczną, i w celu leczniczym kładzie nacisk na rozszerzenie szczeliny powiekowéj przez kantoplastykę; 2) w celu zniszczenia brodawek używa polewania odwróconych i schodzących się powiek czystym wyskokiem, unikając dostania się takowego do rogówki; 3) dla wyjaśnienia zmętniałéj rogówki używa maści jodoformu z waseliną, oświadczając się przeciw użyciu jodoformu w proszku, który osadza się w rogówce. W dyskusyi zabierał głos Dr. Talko.

D. 3 czerwca o godzinie 8 rano zwiedzili członkowie Zjazdu szpital dla dzieci św. Józefa. Założony przed 7 przeszło laty, szpital ten, jak każde dzieło rozumne, uczciwe i pożyteczne, rozwija się z nadzwyczajną szybkością: z 12 łóżek, na które zaledwo stać było szlachetnych założycieli, posiada dziś 45; rocznie blisko 400 dzieci znajduje tu stałą opiekę lekarską, ambulatoryjnie szuka porady do trzech i pół tysięcy. Pospieszamy dodać, że kierownik tego szpitala Dr. Osowicki zaprowadził wszystkie sposoby higijeniczne a jak sprawozdania wykazują obok chorób wewnętrznych z wielkiém powodzeniem prowadzi oddział chirurgiczny. Szpital św. Józefa jest dziełem ofiarności serc szlachetnych, przyjmuje dzieci bez różnicy wyznania i narodowości, i spełnia wielkie zadanie humanitarne w W. Księstwie poznańskiém.

Korzystając z wolnych chwil przed rozpoczęciem się posiedzeń sekcyjnych, członkowie Zjazdu zwiedzili tego rana niektóre osobliwości Poznania. Najwybitniejszém dziełem architektoniczném jest ratusz. Jeśli założenie téj instytucyi należy odnieść do XIII wieku, to na obecną budowę ratusza składały się następne stulecia, gdyż niemal każdy budynek niszczał od ognia lub wojny; styl gotycki obok stylu odrodzenia dają najlepsze świadectwo wielowiekowych zmian i uzupełnień. Na zewnętrznych ścianach jeszcze widnieją zacierające się malowane wizerunki monarchów polskich. Wielka sala, dziś przedzielona na dwie mniejsze, odznacza się pięknem sklepieniem. Salę posiedzeń magistrackich zdobi posąg Stanisława Augusta. Przed ratuszem jest pręgierz z r. 1531 i do r. 1849 przed nim winowajców miejskich tracono.

Zamek książęcy jest dziełem z XIII wieku; w XVI stuleciu zniszczony od ognia powstał z gruzów o wiele okazalszym; zburzony przez Szwedów za Augusta II, nabrał obecnego kształtu za Stanisława Augusta. W zamku mieszkali królowie, ilekroć przybywali do Poznania. Ze starych pamiątek pozostawiono tylko Archiwum grodzkie.

Biblijoteka Raczyńskich jest pięknym gmachem, ozdobionym 24 korynckiemi kolumnami; mieści do 30.000 tomów i służy do użytku publicznego. Gmach ten wystawił własnym kosztem hr. Edward Raczyński, umieścił w nim wielką biblijotekę, a uposażywszy w potrzebne fundusze, darował miastu.

Gmach Towarzystwa przyjaciół nauk z bogatym zbiorem obrazów i starożytności krajowych, tudzież znaczną biblijoteką, wystawiony ze składek publiczności polskiéj.

Ze względu na ściśle lekarski charakter Przeglądu powstrzymujemy się od opisu licznych jeszcze gmachów starożytnych, między któremi najlepiéj zachowały się kościoły.

O godzinie 9téj rozpoczęły się posiedzenia wszystkich sekcyj.

Sekcyja chirurgiczna.

Przewodniczący Dr. Pernaczyński, sekretarz Dr. Szuman.

I. Prof. Janovsky mówił o korzyściach endoskopu nie tylko dla rozpoznawania miejscowych zmian w cewce moczowéj, lecz i dla leczenia tych zmian. Przytacza zajmujący przypadek wyprysku w cewce moczowéj, oraz drugi, odnoszący się do człowieka cierpiącego na liszaj ogólny (*Herpes universalis*), przyczém chory doznawał bólów w cewce moczowéj, obok miernego wypływu; badanie wykazało skupienia liszaja w tylnéj jamistéj części cewki. Obraz endoskopowy przedstawiał na tle miernego przekrwienia okrągłe nadżarcia przybłonka; refleksy świetlne znikły, a obraz centralny w endoskopie był nieco skrzywiony. W dalszym ciągu wykładu zastanawiał się prelegent nad temi lokalnemi zmianami w cewce, które są znane pod nazwą miejscowego bujania przybłonka. W dyskusyi zabiera głos prof. Obaliński, uznając wielkie korzyści z zastósowania w praktyce endoskopu i również sądzi, że przyrząd ten służy nie tylko w celach rozpoznawczych lecz i leczniczych.

II. Dr. Schramm mówił: O wyłuszczeniu wola, podając sposób postępowania operacyjnego, używany w klinice prof. Mikulicza. Znaczna śmiertelność po téj operacyi zmniejszyła się bardzo dzięki metodzie przeciwgnilnéj i ulepszonéj technice operacyjnéj. W klinice krakowskiéj z 13 operowanych żaden nie umarł. Prof. Mikulicz pozostawia zdrową część gruczołu tarczykowego, choćby małą, jeśli to jest możebne. W celach kosmetycznych nigdy nie operuje i uważa w tych okolicznościach operacyję za nieuprawnioną; tracheotomii zdołano zawsze uniknąć. Przypadków zmiękczenia chrząstkowych pierścieni tchawicy nie spostrzegano, również przypady groźnéj duszności nie wydarzyły się; natomiast na 13 operacyj w trzech przypadkach wystąpiła tetanija, która, jak wiadomo, często występuje po wyłuszczeniu wola.

W dyskusyi zabiera głos prof. Obaliński, który przytacza przypadek śmiertelnego zejścia po wyłuszczeniu wola, w skutek przed operacyją istniejących już ropni w wolu, spowodowanych wstrzykiwaniami jodyny; śmierć nastąpiła z ropnicy, która wspomniane ropnie miała za punkt wyjścia; O. uważa wstrzykiwania jodyny jako czynność czasem nader szkodliwą. Dr. Szuman zachwala wstrzykiwania 1% kw. osmowego, uważając wstrzykiwania półtorachlorku żelaza i nalewki jodowéj jako szkodliwe a nawet niebezpieczne. Zabierali głos Dr. Krzyżagórski, prelegent, prof. Obaliński, Dr. Wehr, Dr. Podciechowski i Dr. Pernaczyński.

Sekcyja psychijatryi, higijeny, medycyny sądowéj i publicznéj.

Przewodniczący prof. Blumenstok, sekretarz Laskiewicz.

I. Dr. Jendl-Sausenhofen lek. pow. z Starego Miasta miał odczyt: O stosunkach higijenicznych górników w Galicyi. Prelegent opisał tryb życia, mieszkanie, pożywienie, napoje, odzież, obyczaje, nałogi, rodzaje zatrudnienia, rozwój cielesny i duchowy, niski stopień oświaty, złe prowadzenie się górników w kopalniach soli: w Wieliczce i Bochni, oraz nafty w Borysławiu, Stebnikach i Drohobyczu. Namienił o stosunkach klimatycznych, higijenicznych i zdro-

wotnych, o przypadkach i różnych chorobach robotników, o bardzo rozpowszechnionym nałogu samogwałtu u młodzieży, wywołującym następowe cierpienia umysłowe i padaczkę.

W dyskusyi zabiera głos Dr. Laskiewicz i oświadcza, że tak z własnego doświadczenia jak i literatury wiadomo mu jest, że samogwałt sprowadza wiele zaburzeń w układzie nerwowo mózgowym, lecz naukowo nie spostrzegano, ażeby padaczka występowała po samogwałcie, skłania się do przypuszczenia, że prelegent miał przed sobą napady padaczkowate, często towarzyszące porażeniu postępowemu. Samogwałt jest nałogiem rozpowszechnionym wszędzie, nie ma on związku z górniczém zajęciem. L. spostrzegał często *Nystagmus* w kopalniach węgla, zapytuje więc prelegenta, czy nie uważał czegoś podobnego w kopalniach soli, nafty i wosku? Dr. Obtułowicz zapytuje prelegenta, czy nie spostrzegał u górników ślepoty dziennéj lub wieczornéj, oraz wysypki guziczkowéj, niekiłowéj? Radca Motty zapytuje, czy używano przetworów naftowych w chorobach płuc? na co Dr. Żuliński odpowiada, że istotnie w niektórych cierpieniach płuc stosowanie nafty okazało się skutecznem. Prof. Blumenstok mniema, że ustęp o samogwałcie niewłaściwie dostał się do odczytu; wspomina o częstych obrażeniach u górników i utrzymuje, że kopalnie mniejsze z niekorzystnemi warunkami higijenicznemi, przy wadliwych windach, spustach, przy braku wentylacyi, winny być zamykane. Zabierali jeszcze głos: Dr. Lachowicz, Dr. Czarnecki, Dr. Zaremba, Dr. Chłapowski, Dr. Chałupczyński i prelegent, który na poczynione zapytania odpowiada, że zboczeń wzroku i wysypek nie spostrzegał, trwa przy swém twierdzeniu, że samogwałt może wywołać padaczkę, i utrzymuje, że pobyt w szybach naftowych zdaje się wpływać korzystnie na przebieg chorób skórnych.

III. Dr. Kłodzianowski (z Egiptu) mowił: O cholerze w Egipcie. Odczyt ten został ogłoszony w Przeglądzie Lekarskim (Nr. 24, 25 i 26 b. r.).

W dyskusyi podaje Dr. Żuliński, że bacznie śledził za przyczyną i szerzeniem się chorób zakaźnych (mianowicie *Gastroenteritidis*) u ludu w Galicyi i przekonał się, że takowe często rozszerzają się wzdłuż rzek i potoków; jako przyczynę przypuszcza pranie bielizny w rzekach, wylewanie do nich nieczystości. Dr. Jendl mógł w jednym przypadku stwierdzić, że cholerę zawlókł szmaciarz; również podczas trwania epidemii mógł się przekonać o korzystnym wpływie soli w kopalniach. Dr. Obtułowicz oświadcza, że przed dwoma laty panował dur plamisty w okolicach Buczacza, który szerzył się po biegu rzek; w r. 1873 okolice bezrzeczne były wolne od cholery, co potwierdza Dr. Dukiet ze swych własnych spostrzeżeń w sanockiém. Dr. Kłodzianowski namienia, że dziś już nieżyjący rodak nasz Dr. Niedźwiecki o wiele wcześniéj od Kocha wykrył prątek cholery; po przestudyjowaniu prac Kocha prelegent zamierza ogłosić wyniki badań Niedźwieckiego, które będą w stanie wymierzyć należną jemu cześć pierwszeństwa; w czém popiera Dra Kłodzianowskiego Dr. Chłapowski a przewodniczący wniósł odpowiednią rezolucyję, którą Zgromadzenie jednogłośnie przyjęło.

Na tém posiedzenie zakończono. (C. d. n.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Komisyja sanitarna krakowska odbyła w dniu 5 bm. pod przewodnictwem r. m. Dra Warschauera posiedzenie zwyczajne, na którém Fizyk miejski podał między innemi cyfry odnoszące się do śmiertelności i chorobliwości w mieście Krakowie w ostatnich miesiącach. Epidemija ospowa pochłonęła do 200 ofiar oczywiście prawie wyłącznie osób nieszczepionych. Obecnie nie pojawia się żadna choroba epidemicznie, stan zdrowia ogólnego jest pomyślny a nawet powódź ostatnia nie wywarła nań, dotychczas przynajmniéj, szkodliwego wpływu. Ze względu na konieczność przygotowania środków zaradczych na przypadek wybuchu cholery wyznaczono podkomisyję z radców miejskich do Komisyi sanitarnéj należących: Drów prof. Domańskiego, Doc. Jordana, prof. Pareńskiego i Dra Warschauera, który w myśl uchwały Rady miejskiéj z dnia 3 lipca rb. będą mieli prawo uchwalania stósownych wydatków. R. m. Dr. Domański wniósł, by ze względu na konieczność poprawienia wody studziennéj, będącéj jak wiadomo, bardzo często pośrednikiem w szerzeniu chorób epidemicznych, spróbować pod kontrolą chemika sposobu proponowanego przez Zdelmanna, który polega na tém, iż wiąże się po 20 do 30 kawałków węgla drewnianego poprzednio z pyłu opłukanego z bryłą soli do 2 kilogramów ważącą, i takich pakietów wrzuca po trzy do każdéj studni. Sól wrzuca się do studni raz na rok a węgiel drewniany zaś, obciążony dla zanurzenia w wodzie kawałkami cegieł lub kamieni, 3 do 4 razy. Węgiel drewniany posiada, jak wiadomo, przymiot pochłaniania w sobie istot organicznych a tém samém oczyszczania wody ze szkodliwych dla zdrowia ciał. Wniosek ten przyjęto. Doc. Dr. Jordan w wykonaniu wniosku swego przez Komisyję sanitarną przyjętego zaproponował, by w celach leczniczych rozdawać kosztem gminy ubogim położnicom po 50 gramów zgęszczonego kwasu karbolowego, z czego przez stósowne rozpuszczenie w wodzie można bardzo łatwo otrzymać potrzebne ilości rozczynu 2% i 5%. Przedstawienie to przyjęto. Następnie wniósł r. m. Dr. Domański, by do desinfekcyi odzieży osób leczących się we własnych pomieszkaniach na choroby zaraźliwe zakupić stósowny przyrząd desinfekcyjny dla Krakowa. Wniosek ten po krótkiéj dyskusyi przyjęto a do rozpatrzenia się w przyrządach przez rozmaite firmy wyrabianych wyznaczono podkomisyję z prof. Dra Obalińskiego, Dra Paszkowskiego i prof. Domańskiego. Tenże radca miejski przypomniał nakoniec budownictwu pilną potrzebę jak najrychlejszéj budowy kanałów w ulicy Starowiślnéj i poprawy stanowisk dorożkarskich obecnie tak zanieczyszczających powietrze na ulicach i placach publicznych, do czego mimo wyraźnych w téj mierze uchwał Rady miejskiéj Budownictwo miejskie żadnych planów Sekcyi ekonomicznéj nie przedłożyło, lubo teraz jest najsposobniejsza pora do budowy a wybuch cholery we Francyi nakazuje jak największy pośpiech w wykonaniu tych robót, bo nie kwarantany i desinfekcyje, lecz jak najstaranniejsze oczyszczanie ziemi z materyj gnijących jest najskuteczniejszym środkiem przeciw epidemii.

(I. S.) Prof. Drasche w Wiedniu ogłasza w ostatnim Nrze *W. med. Woch.* artykuł o cholerze tulońskiéj, który w dosłownem tłumaczeniu podajemy:

Powszechna uwaga była na wiosnę obecnego roku skierowaną na Mezopotamiję, gdzie (w Bedre i Mendele) wybuchła cholera a obecnie zapewne już wygasła. Wtém przyniosły telegramy wieść z poludniowéj Francyi, że tamże, a mianowicie w porcie wojennym Tulonie, pojawiła się cholera. Bez wątpienia przypadkowo wybuchły pierwsze przypadki zawleczonéj cholery prawie w tych samych dniach roku zeszłego w Egipcie. Wtedy również odmawiali zrazu lekarze, zwłaszcza angielscy, cech epidemicznych téj chorobie a pierwsze przypadki przypisywano najrozmaitszym przyczynom miejscowym. Tymczasem stała się w górnym Egipcie Damietta ogniskiem zarazy, która pochłonęła w przeciągu sześciu miesięcy co najmniéj 30.000 ofiar. W sprawozdaniach swoich z tego czasu wyraził autor przekonanie, że w dwóch przedewszystkiém punktach jest Europa zagrożoną przez zarazę a mianowicie za pośrednictwem Konstantynopola i południowych wybrzeży Francyi. Niestety przepowiednia ta ziściła się nader szybko.

Aby rozważyć i zbadać początek i znaczenie obecnego wybuchu zarazy w Tulonie, należy zastanowić się nad stosunkami zdrowotnemi w Egipcie, Indyjach i Kochinchinie w czasach ostatnich. Międzynarodowa Rada Lekarska w Aleksandryi ogłosiła w dniu 15 stycznia, że cholera wygasła tamże, rzeczywi-

scie też nie było słychać ztamtąd o świeżych przypadkach. Wobec jednak zawikłań politycznych nad Nilem, wobec wojny na południu Egiptu, jak niemniéj wobec przeważającego wpływu Anglii na międzynarodową Radę sanitarną, w któréj przewodniczy urzędnik z Anglii, w któréj na uchwały wpływa stanowczo większość głosów delegatów egipskich, w skutek czego nie zdają się być bezstronnemi sprawozdania lekarskie téjże Rady, zapewne nie każdy zarzut uczyniony w téj mierze zarządowi angielskiemu jest usprawiedliwiony, jednak wobec spotykania się interesów handlowych ze zdrowotnemi, strzeże zarząd ten interesów ostatnich za mało a i nawet nie zawsze.

Pewném jest, że cholera w ciągu ubiegłéj wiosny niejednokrotnie została przewieziona na okrętach z Indyj przez Kanał Suezki. Można się tego było spodziewać, było to nawet nieuniknioném w skutek zwiększonego ruchu morskiego pomiędzy Indyjami i Egiptem, wśród przesyłek wojsk przed i po powstaniu wznieconém przez Arabiego paszę. Tak np. wydarzyło się kilka przypadków cholery na parowcu angielskim Bassein, który wypłynął z Indyj 28 marca a do Suez przybył dnia 17 kwietnia; parowiec angielski Crocodile przywiózł zarazę z Bombayu do wybrzeży Wielkiéj Brytanii: odbił on dnia 3go kwietnia z Bombayu w pierwszych dniach podróży zdarzyło się pośród 1558 osób załogi ośm przypadków cholery, sześciu chorych zmarło, zanim przybyli do Suezu. Pomimo tego płynął statek daléj bez przeszkody, chociaż w drodze do Port-Said zdarzył się nowy przypadek cholery, bezpośrednio przed Gibraltarem zdarzył się znowu przypadek cholery a statek mając wpłynąć do portu w Plymouth wiózł jeszcze dwóch rekonwalescentów po cholerze. Po przeniesieniu i odosobnieniu tychże w szpitalu marynarki, zniszczono wszystkie przedmioty podejrzane i dozwolono okrętowi wpłynąć dopiero po dokładnéj dezinfekcyi. Na okręcie Iran Cross zmarło wśród podróży z Jawy, zkąd wypłynął dnia 5go maja b. r., pięć osób z cholery w czasie podróży. Wszystkie te okręty mogły zawlec zarazę do którejkolwiek miejscowości nad Kanałem suezkim. Jeżeli się zważy, że urządzenie kwarantany jest tam w stanie pierwotnym, postępowanie przy tém niedokładne, że przepisy zdrowotne bywają na morzu nader opieszale wykonywane a zwłaszcza jeżeli się weźmie na uwagę karygodne postępowanie, które pominęło na pokładzie parowca Crocodile wszelkie istniejące przepisy międzynarodowe — dziwić się tylko trzeba, że zaraza nie nawiedziła Europy o wiele wcześniéj.

Przeniesienie zarazy do Egiptu było również możliwe z Arabii (Mekki i Mediny). Już w roku zeszłym szerzyła się ona tam wśród pielgrzymów tak, że w październiku zdarzało się 500 przypadków cholery na tydzień a rozporządzenia Rządu egipskiego dotyczące tegorocznéj pielgrzymki wskazują, że stan zdrowia w Hedży był zatrważający. Jak wiadomo szerzyła się cholera w roku zeszłym poza obrębem swoich zwykłych siedzib z wielką gwałtownością, sprowadziła ona znaczne spustoszenia w Kalkucie, Bombayu i w najbliższych okolicach a niebawem rozszerzyła się daleko poza granicami swéj ojczyzny. Wtedyto pojawiła się w Damiecie, zkąd rozsiała zniszczenie w Egipcie. W roku bieżącym (1884) panowały w Kalkucie i Bombayu dosyć groźne epidemije. Dla tego téż poddawały wszystkie państwa europejskie wszystko co pochodziło z Indyj dłuższéj lub krótszéj kwarantanie

Od czasu do czasu przychodziły głuche wieści o pojawieniu się cholery na placu boju Francuzów w Kochinchinie, tak np. w czerwcu roku zeszłego z Padang i Szaten. Już wtedy zwracał autor uwagę, że sprawa ta może być zgubną dla spraw francuskich w Tonkinie. Przeczucia się spełniły. Według sprawozdań zasługujących na wiarę zdarzały się przypadki cholery w armii francuskiéj. Depesza z Saigon donosi d. 9 maja, że tamże nie zaszedł od trzech dni żaden przypadek cholery a z europejczyków uległo tylko trzech téj zarazie. A więc i tam panowała cholera nagminnie. Dzienniki francuskie pomijały to obojętnie wypowiadając przekonanie, że podczas panowania wiatrów passatowych w Kochinchinie i z początkiem pory dżdżystéj wydarzają się przypadki cholery co roku; obok tego jednak donosiły już o środkach przedsiębranych przeciw przeniesieniu zarazy do Tonkinu i do Francyi. Tak tedy przepływały wszelkie statki francuskie przestrzeń, któréj stacyje początkowe i wiele przystanków po drodze było ogniskami cholery; nie koniecznie z Kochinchiny musiały one przywieść chorobę, mogły były bowiem zaopatrzyć się w nią gdziekolwiek wśród podróży, a nawet w samym Kanale suezkim.

Wobec takiego zachowania się cholery w dwóch ostatnich latach w jéj ojczyźnie i na wybrzeżach sąsiednich nie może się nikt, chociażby powierzchownie obeznany z właściwościomi téj choroby, dziwić, że wybuchła wśród pory sprzyjającéj najbardziéj jéj postępowi w mieście portowém, mocno zaludnionem, które jest w ciągłych stosunkach z okolicami dotkniętemi zarazą lub właśnie co od niéj uwolnionemi. Upływa lat 11 od ostatniego wybuchu cholery w Europie, czy w Tulonie rozpocznie się nowy pochód zarazy? Granice miasta już przekroczone, zlokalizowania zarazy nie można się już spodziewać.

* Podawszy powyżéj treść artykułu prof. Draschego, wyjaśniającego genezę cholery azyjatyckiéj, wybuchłéj w Tulonie, dodajemy, że Drasche nie wyjechał do Tulonu z powodu, że najwyższa Rada sanitarna uznała za zbyteczne sprawdzenie, czy epidemija tulońska jest cholerą azyjatycką, bo wątpliwości niestety w téj mierze już nie ma. Natomiast Rząd niemiecki — podobno na życzenie Rządu francuskiego — wysłał Dra Kocha do Francyi. Przybywszy do Paryża przyjęty został znakomity ten wysłannik przez prezesa ministrów Ferrégo, poczém konferował z Brouardelem i natychmiast wyjechał do Tulonu, gdzie go oczywiście przyjęto nader uprzejmie. Zabrał on się zaraz do pracy wspólnie z tamecznym lekarzem Drem Straussem i niezadługo dowiemy się zepewnie o prawdziwym stanie rzeczy. Obecnie gdy samo szerzenie się zarazy w okolicach Tulonu i Marsylii najlepiéj dowodzi jéj istoty, gdy przebieg jéj jest gwałtowny a ilość ofiar, którą pochłania, dość znaczną, wszystkie rządy zabierają się bardzo energicznie do środków zapobiegawczych. Najenergiczniéj postąpiła sobie Hiszpanija, która zaprowadziła kwarantanę 14 dniową i kordon wojskowy: za jéj przykładem poszły Włochy; natomiast Niemcy dotąd wcale nie zaniepokoiły się, licząc zdaje się na swego Kocha. Austro-Węgry nietylko od morza zastosowały odpowiednie środki ostrożności, ale i na kolejach głównych, prowadzących do Włoch i Niemiec, a lekarze naczelni tych kolei Drowie Salzer i Richter powołani zostali do najwyższéj Rady zdrowia. Za przykładem wreszcie Wiednia i Budapesztu wszystkie miasta większe prowincyjonalne przygotowują się na przypadek, gdyby gość niemiły miał do nich zawitać.

(l. S.) Urzędowa *Wiener Zeitung* z d. 1go b. m. ogłasza postanowienia powzięte przez najwyższą Radę zdrowia na posiedzeniu odbytém dnia 28 czerwca pod przewodnictwem radcy dworu Schneidera:

1. Nie ulega wątpliwości, że choroba wybuchła w Tulonie jest cholerą azyjatycką, jakkolwiek możliwém jest, że ona zlokalizuje się w miejscach obecnie zajętych. Wysłanie lekarza do miejsc tych, aby rozpoznał charakter epidemii, nie jest tedy potrzebném.

2. Środki przedsięwzięte przez ministerstwa handlu i spraw wewnętrznych, mające zapobiedz zawleczeniu zarazy, są wśród obecnego stanu rzeczy zupełnie dostateczne a najwyższa Rada zdrowia nie ma zamiaru dodawać cokolwiek ze swéj strony. Za najważniejsze zarządzenie zapobiegawcze uważa Rada zapowiedziane przez Rząd badanie lekarskie stanu zdrowia osób przyjeżdżających z miejscowości podejrzanych albo już dotkniętych na stacyjach granicznych kolei żelaznych i zaleca jak najrychlejsze zaprowadzenie tego badania.

3. Zresztą ponawia najwyższa Rada zdrowia rozporządzenia wydane w roku zeszłym z powodu wybuchu cholery w Egipcie dolnym, dodaje nadto, że do dezinfekcyi bielizny chorych na cholerę używać należy 5% roczczynu kwasu karbolowego.

4. Ze względu na obecny stan rzeczy ogłasza najwyższa Rada zdrowia swoje narady za nieustające, poleca przybrać do swego grona lekarza obeznanego dokładnie z epidemijologiją a zwłaszcza z kwestyjami dotyczącemi cholery, a ponieważ rozchodzi się o zastosowanie środków zapobiegawczych na kolejach żelaznych, poleca przybrać lekarzy kolejowych jako członków nadzwyczajnych.

5. Wreszcie ogranicza najwyższa Rada zdrowia rozporządzenie dotyczące przywozu i przewozu szmat, używanéj bielizny i sukien jako towarów, stosując te przepisy jedynie do przedmiotów tego rodzaju przybywających z Francyi, Algieru i Tunisu.

Śmiertelność we Lwowie (liczącym 115.544 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). W tyg. od 22—28 czerwca rb.

zmarło 52 osób, co odpowiada śmiertelności na rok i 1000 mieszkańców 23·4. W tėj liczbie zmarła 1 osoba z ospy, 1 z płonicy, 1 z dławca, 1 z duru wysypkowego.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 10 lipca. Posiedzenie Tow. lekarskiego na wczoraj zapowiedziane nie przyszło do skutku z powodu małéj liczby przybyłych kolegów. Ponieważ miało to być ostatnie posiedzenie przed wakacyjami, więc następne odbędzie się dopiero w październiku.

* Na posiedzeniu ostatniém Wydział lekarski zamianował Dra Ignacego Schaittera i na rok przyszły demonstratorem przy Zakładzie medycyny sądowéj.

* W miesiącu sierpniu wyjdzie Kalendarz lekarski na r. 1885, wydany staraniem Dra Stelli Sawickiego, Inspektora szpitali krajowych. Donosimy o tém zawczasu, aby koledzy nie mieli wątpliwości, iż kalendarz nadal wychodzić będzie i że się pojawi dość wcześnie.

* **Ruch kąpielowy**. W Krynicy do d. 1 bm. było gości 674; w Iwoniczu do dnia 25 czerwca bawiło 208 rodzin liczących 435 osób; w Szczawnicy 833; w Giesshüblu 145; w Cieplicach czeskich 3946.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Warszawa.** Profesorem położnictwa mianowany został Dr. Tołoczynow, docent Uniw. kijowskiego.

* **Odznaczenia.** Prof. Lenhossek w Budapeszcie otrzymał krzyż komandorski orderu tureckiego Medzidzie. — Proff. Brodowski i Nawrocki w Warszawie mianowani zostali członkami honorowymi Tow. lek. petersburskich.— Radca rządowy prof. Schnitzler we Wiedniu otrzymał krzyż komandorski greckiego orderu Zbawiciela. — Prof. chemii lekarskiéj we Wiedniu Dr. Ernest Ludwig otrzymał order korony żelaznéj 3ciej kl.

* **Mianowania.** Dyrektor praźskiego szpitala powszechnego Dr. Smoler mianowany został referentem spraw lekarskich w Czechach.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk. lek. otrzymali w Uniw. Jagiell pp Jan Aleksander Kulczyński rodem z Krakowa i Stanisław Jan Śmietana z Myślenic.

* **Nekrologija** We Wiedniu umarł Dr. Vivenot. radzca dworu, licząc lat 77. Syn jego, prof. epidemijologii w Uniw. wiedeńskim, jak wiadomo, umarł przed kilku laty. — D. 5 bm. umarł w wili swéj w Hietzingu niedawno mianowany profesorem zwyczajnym okulistyki Dr. Edward Jäger-Jaxtthal, licząc lat 66. — We Wiedniu umarł docent i prymaryjusz w szpitalu powszechnym Dr. Eugienijusz Kolisko w 73 roku życia. Zmarły był szwagrem potężnego w swoim czasie ministra Bacha.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 27: Markiewicza (z Kiszyniewa): Białko, pepton i ptomany (c. d.). W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 27: Adamkiewicza: O ucisku mózgu (wykład drugi); Fabiana: Hemoglobinemija i hemoglobinuryja (c. d.).

Sprostowanie. W Nrze 24 Przegl. Lek. na str. 319, w szp. 2giéj, w wierszu 6tym od dołu winno być: Z 2.614 Izraelitów cierpiało na choroby spojówkowo-rogówkowe 61·5%, na choroby przyrządu łzy odprowadzającego 4 5%.— W Nrze 27, na str. 371, w szp. 2giéj, wiersz 11 od góry winno być zam. obrzęków „guzów.“

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok

Z dniem I Lipca rb. Administracyja Przeglądu Lekarskiego przeniesioną została do domu narożnego przy ulicy św. Filipa i ulicy Krótkiéj.

KONCES. ZAKŁAD KROWIANKOWY

pod dozorem władz sanitarnych

L. J. Kubickiego

weterynarza miejskiego i docenta weterynaryi poleca zawsze

świeżą krowiankę.

Cena fioli lub kostki podwójnéj 1 zła.

Lwów, ulica Łyczakowska l. 7.

Dr. ANJELA

Zakład wodoleczniczy w Zuckmantel

(na Szląsku austryjackim).

W najpyszniejszéj okolicy górskiéj tuż pod lasem położony. Najstaranniejsza piecza o chorych i leczenie tychże. Użycie elektroterapii, mięsienia i kąpieli igliwijowych. Najbliższa stacyja kolei żelaznéj **Ziegenhals** jest o milę odległą.

Profesora Jana Attfielda zdanie:

„Według wyniku mego rozbioru stwierdzam chętnie iż **„Woda gorzka Franciszka Józefa“** jest nie tylko jedną z najwyborniéj przeczyszczających wód jakie kiedy dostały się do publicznego użytku, lecz że także, w skutek jéj silnie działających składników, potrzeba do wywołania potrzebnego skutku mniejszych jéj dawek jak każdéj innéj przeczyszczającéj wody.

Londyn 9 Maja 1882

Profesor Attfield
Ph. D. F. R. S. F. L. C. F. C. S. Profesor chemii praktycznéj w Tow. Farmaceutyczném Wielkiéj Brytanii.

W zapasie w składach wód mineralnych.

FRANCISZKA JÓZEFA

WODA GORZKA

Broszury przesyła Dyrekcyja rozsełki w Budapeszcie.

Pierwszy c. k. koncesyjonowany i przez Wys. Ministerstwo subwencyjonowany

ZAKŁAD KROWIANKOWY

pod kontrolą i nadzorem władz zdrowotnych

Wiedeń Alserstrasse 18.

Rozsełka codzienna świeżéj krowianki pod gwarancyją przyjęcia się.

HAY, lekarz.

Krowianka do szczepienia jednego dziecka wystarczająca 1 złr.

☛ Tylko szczepienie prawdziwą krowianką ochrania od naturalnéj ospy i wszelkich zaraźliwych chorób, które ze szczepienia limfą z dzieci zbieraną, często się pojawiają.

QUINA LAROCHE

Z ŻELAZEM

Zalecane młodym osobom dla osiągnięcia wzrostu i rozwoju ciała, nadaje krwi siłę i kuleczki czerwone, które stanowią jej piękność; wzmacnia żołądek, obudza apetyt, leczy osłabienie ogólne, bladaczkę, lymfatyzm, skraca czas powrotu do zdrowia, etc.

Paryż, 22, ulica Drouot

W Lwowie w aptekach PP. K. Mikolascha, Ruckera, A. Sklepińskiego, Krzyżanowskiego, Naklika.
W Krakowie w aptekach PP. Trauczyńskiego, Redyka, Wiszniewskiego.
W Warszawie w aptekach PP. D. T. Heinricha, Barcza, Wendy i Wiorogórskiego w składach mat. aptecznych PP. Spiessa i Syna, Mrozowskiego, L. Zieminskiego, Cierzputowskiego, etc.

MATTONIEGO

GIESSHÜBLER

najobficiej alkaliczna woda mineralna

SZCZAWIOWA

napój orzeźwiający stołowy,

skuteczny bardzo na kaszel w chorobach szyi katarach żołądka i pęcherza.

Henryk Mattoni, Karlsbad i Wieden.

Aby **Etykieta i wycisk korkowy** były jak obocznie wskazano ☛ **należy uwagę zwracać.**

MATTONI'S GIESSHÜBLER

ZAKŁAD WODOLECZNICZY

Priessnitzthal w Mödling.

30 minut drogi od **Wiednia** przy kolei Południowéj. Pyszne położenie w okolicy obfitującéj w lasy sosnowe i jodłowe.

Wytworne utrzymanie w Zakładzie.—Umiarkowane ceny. Prospekta rozsyła się na żądanie.

Lekarz naczelny

Dr. Józef Weiss

Członek Wydziału lek. w Wiedniu, Redaktor „Zeitschrift für Therapie.

Radykalne leczenie suchot płucnych i chorób przewlekłych narzędzi oddechowych

OLÉJ z KREOZOTEM

WINO z KREOZOTEM



MIĘKKIE KAPSUŁKI

Bourgeaud'a

z DOBOROWYM KREOZOTEM

(z mazi Bukowéj) i z **Olejem rybim.**

Wyłącznie wynadgrodzone na Wystawie powszechnéj w 1878

BOURGEAUD, Aptekarz I Klasy; dostawca szpitali paryzkich. W Paryżu, 20, Rue Rambuteau, 20.

Kapsułki nasze (Wino i Olej) Kreozotowe, które próbowali i używają w szpitalach paryzkich Doktorowie i Profesorowie Bouchard, Vulpian, Potain, Bouchut i inni, dały takie znakomite rezultaty, w leczeniu *chorób piersiowych, Oskrzeli, Kaszlu, Chrypki* i. t. p., że największe powagi lekarskie we Francyi i Zagranicą, tylko takowe zapisują. Prosimy czytać prospekt.

Dla gwarancyi każde pudełko i każda flaszka opatrzone są sygnaturą z medalami i podpisem BOURGEAUD, Ex-Ph. des Hôpitaux de Paris.

Cena pudełka 4 Frk. — Flaszki wina lub oleju 5 Frk. — Najlepsze Wino krzepiące z Chiną i z Kakao na Maładze jest **Wino Jean Bourgeaud.** Flaszka 4 Frk.

We Lwowie w aptekach P. P. Mikolascha i Krzyżanowskiego w Krakowie. W aptekach P. P. Trauczyńskiego, Redyka i Wiszniewskiego.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod Łopaciem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 19 lipca 1884. № 29. Rok XXIII.

I. Przyczynek do nauki o leczeniu ran.

Podał prof. J. **Mikulicz** w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 5).

II. O znaczeniu sublimatu ze względu na leczenie ran.

Przez stosowanie sublimatu do leczenia ran Bergmann i Schede bez wątpienia w wysokim stopniu wzbogacili postępowanie przeciwgnilne, zapoznawszy nas ze środkiem, który może prawie w każdym kierunku zastąpić kwas karbolowy, czego o wielu innych środkach zaleconych zamiast kwasu karbolowego nie można było twierdzić. Jakkolwiek niektóre z nich wielką mają wartość dla chirurgii, to przecież wszystkie posiadają swe strony ujemne, albo tylko jednostronnie użytemi być mogą. Nawet jodoform, który, mojém zdaniem, jest i dzisiaj najlepszym i najpewniejszym środkiem przeciwgnilnym do opatrywania ran, na inne cele postępowania antyseptycznego prawie wcale użyć się nie daje, a kwas karbolowy dla antyseptyki do niedawna był niezbędnym środkiem. Dziś jesteśmy o tyle szczęśliwi, że rozporządzamy dwoma prawie równie silnemi środkami, gdyż dziś nietylko na podstawie wyników Bergmanna i Schedego ale i według sprawozdań wielu innych chirurgów i ginekologów nie może ulegać najmniejszéj wątpliwości, że rezultaty osiągnięte przez leczenie sublimatowe równają się wynikom otrzymanym przez leczenie za pomocą kwasu karbolowego. Łatwo więc pojąć, że sublimat bardzo szybko pozyskał zwolenników i coraz bardziéj ruguje kwas karbolowy. Ponieważ sublimat posiada niektóre zalety przed kwasem karbolowym i te, jak u każdego nowego środka, bardziéj uderzają aniżeli jakieś wady, przeto wielu chirurgów i ginekologów zupełnie porzuciło kwas karbolowy i inne używane środki, i ogłosiło sublimat jako jedyny środek przeciwgnilny dla opatrywania ran. Jest więc na czasie zastanowić się nad tém, czy sublimat rzeczywiście posiada tak wielkie zalety, że zupełne wyrugowanie przezeń kwasu karbolowego byłoby pożądaném dla chirurgii? Oba środki mają swe strony dodatnie i ujemne, wspólną im własność antyseptyczna, która w obu razach tyle mniéj lub więcéj działa, ile dla chirurgii potrzebujemy; oba środki są truciznami i dla tego należy ich używać ostrożnie i wstrzemięźliwie. Do wad kwasu karbolowego należy, że jest lotny i droższy, sublimatu zaś, że jest żrący, w skutek czego nie można go użyć do dezinfekcyi narzędzi. Jeżeli chcemy wydać należyty sąd o tych dwóch środkach, musimy te i inne jeszcze ich własności należycie uwzględnić.

Przyznać muszę na wstępie, że w zasadzie pozostałem wierny kwasowi karbolowemu, gdyż używam sublimatu tylko w pewnych późniéj oznaczyć się mających celach. O tyle więc może jestem za śmiałym, gdy do wyjaśnienia téj kwestyi zamierzam przyczynić się. Gdy jednak głównie zalecono sublimat na podstawie badań doświadczalnych i teoretycznych przypuszczeń, to rozważanie téj kwestyi z tego samego stanowiska z pewnością jest uzasadnione, pomijając już tę okoliczność, że mogę się powołać na liczne doświadczenia innych chirurgów i tym sposobem zastąpić brak własnych. Nie przeszedłem zaś bezwarunkowo do obozu chirurgów sublimatem leczących dla tego, jakobym się bał karbol już wypróbowany, i do któregom nawykł porzucić, dla doświadczenia czegoś nowego, lecz trzymałem się tylko zdania, że sublimat nie posiada tyle zalet, żeby zupełne zaniechanie kwasu karbolowego było usprawiedliwioném.

Powody tego zapatrywania niniejszém podać zamierzam.

Jakkolwiek już Billroth, Buchholz i inni uznali sublimat jako jeden z najdzielniejszych środków dezinfekcyjnych, to przecież dopiero znane badania R. Kocha wpłynęły stanowczo na zaprowadzenie tego środka w chirurgii. Jak wiadomo wykazały doświadczenia Kocha *(Mittheilungen aus dem kaiserl. Gesundheitsamte.* I. t.), że sublimat jest najmocniejszym środkiem przeciwgnilnym, gdyż już w rozczynie 1:1000 a nawet 1:5000 po jednorazowém krótkiém zetknięciu się zabija zupełnie zarodki wąglikowe, czego za-

den inny środek antyseptyczny zdziałać nie potrafi. W tym samym stopniu już w nader małéj ilości powstrzymuje także rozwój mikroorganizmów, gdyż rozczyn 1:330,000 wystarcza do zniesienia dalszego rozwoju prątków wąglikowych a już w rozczynie 1:1.600,000 widać upośledzenie ich rozwoju, a więc osięga skutek, którego żaden inny środek nie otrzymuje; kwas karbolowy przynajmniéj okazał się pod tym względem jako względnie słaby środek. Jak już przedtém raz wspomniałem, musi 5% kwas karbolowy przez 48 godzin działać na zarodki wąglikowe, żeby je zniszczyć, podczas gdy 3% rozczyn potrzebuje do tego 7 dni. Powstrzymanie rozwoju następuje dopiero w rozczynie 1:850—1250.

Gdyby więc przy leczeniu ran chodziło o zniszczenie trwałych zarodników i o powstrzymanie rozwoju grzybków wśród tych samych warunków, jak w doświadczeniach Kocha, to sublimat z pewnością musiałby zająć miejsce kwasu karbolowego.

Nim jeszcze zastanowię się nad odmiennemi warunkami, wśród których sublimat znajduje się w doświadczeniach Kocha, a w leczeniu ran muszę jednak zwrócić uwagę na jedno doświadczenie Kocha, które może niektórzy przeoczyli, a które przeciwgnilne działanie kwasu karbolowego w lepszém przedstawia świetle, niżby się to zdawało z cyfr wyżéj przytoczonych. Koch wykazał, że podczas gdy zarodniki wąglikowe są dość odporne na kwas karbolowy, prątki od zarodników wolne giną nawet w słabych rozczynach. Zetknięcie prątków wąglikowych z 1% kwasem karbolowym przez 2 minuty wystarczy zupełnie do ich zabicia. „Te wyniki“ powiada Koch „dowodzą najzupełniéj, że kwas karbolowy dla niektórych mikroorganizmów, a ponieważ one najczęściéj nie znajdują się w stanie trwałym, więc dla największéj liczby tychże, jest znakomitym środkiem niszczącym.“

Widzimy więc, że rozczyny kwasu karbolowego używane w leczeniu ran (2—5%) już po krótkiém zetknięciu się niszczą bakteryje niebędące w stanie trwałych zarodników. Pozostają przeto tylko zarodniki trwałe. Bez wątpienia musimy się starać i te zniszczyć na pewne przez postępowanie przeciwgnilne i oddalić wszystkie zarodki bakteryj od rany. Czy można w ogóle nawet za pomocą sublimatu osiągnąć zupełną dezinfekcyję rany w tém znaczeniu za pomocą postępowania antyseptycznego, i czy ona w ogóle dla przeciwgnilnego leczenia rany jest potrzebną, tego nie chcę na tém miejscu rozstrzygać. Zważywszy, ile troski i trudów trzeba ponieść, żeby się w pracowni przy prostych doświadczeniach uchronić przed przypadkowém dostaniem się zarodków, trzeba z góry wątpić o możliwości zupełnego powstrzymania bakteryj wśród operacyi, która przecież zajmuje naszą uwagę w wielu innych jeszcze względach. Z drugiéj strony okoliczność, że sam kwas karbolowy należycie użyty, zapewnia nam całkiem bezgnilny przebieg rany, i że przebieg rany aseptyczny nie potrzebuje być zaburzonym mimo obecności mikroorganizmów w wydzielinie, dowodzi, że zupełne powstrzymanie od rany wszystkich zdolnych do rozwoju przyrzutów nie jest koniecznym warunkiem leczenia przeciwgnilnego. Nie należy bowiem zapominać, że tkanina żyjąca nie zachowuje się zupełnie biernie jak płyn odżywczy w epruwetce; sama przez się opiera się rozmaitym bakteryjom, podczas gdy inne (*pathogene Spaltpilze*) nagabują i żyjącą tkankę energicznie. Widocznie bakteryje niebezpieczne dla rany ulegają kwasowi karbolowemu; pozostałe zaś zarodniki trwałe zachowują się najczęściéj obojętnie względem rany, pomijając już okoliczność, że pozostała w ranie choć mała ilość karbolu powstrzymuje ich rozwój. Tylko wśród szczególnie korzystnych warunków (ognisko martwe, zatrzymanie wydzieliny) mogą i te ostatnie rozwinąć się w postaci groźnéj; to téż należy przez postępowanie stanowiące część antyseptyki, t. j. przez drenowanie, zapobiedz temu zaburzeniu. Istnieją jednak zarodniki trwałe niektórych bakteryj patogenicznych, jak np. wąglikowych, które mimo kwasu karbolowego i drenowania mogą ranę zakazić. Szczęściem zdaje się, że tego rodzaju zarodniki trwałe tylko rzadko występują jako przypadkowe zanieczyszczenie rany; zawsze jednak byłoby lepiéj, aby i od téj możebności uchronić ranę, t. j. aby ile możności także wszystkie zarodniki trwałe bakteryj zdolne do rozwoju powstrzymać od rany.

Zachodzi więc pytanie, o ile sublimat bardziéj zbliża się do tego, że tak powiem, idealnego celu leczenia ran niż kwas karbolowy? Skoro Koch wykazał: że rozczyn sublimatu 1:20.000 jeszcze wystarcza, żeby po 10 minutach zniszczyć zarodniki wąglikowe, a więc zawsze jeszcze mocniéj działa niż 1000 razy silniejszy, tj. 5% rozczyn kwasu karbolowego, który nam dotychczas wśród leczenia antyseptycznego wystarczał, to musiałby ten rozczyn być w stanie zastąpić 5% rozczyn kwasu karbolowego, w najlepszym razie jednak musiałby rozczyn 1:5000 służyć jako „mocny“ rozczyn przeciwgnilny. Odpowiednio bardziéj rozcieńczony rozczyn musiałby objąć rolę 2:3% rozczynu kwasu karbolowego.

Porównywając jednak te liczby z rozczynami używanemi przez chirurgów i ginekologów znajdziemy uderzający niestosunek. Jako płynu przeciwgnilnego do dezinfekcyi podczas operacyi, a względnie podczas porodu, używają rozczynów $\frac{1}{2}$—2‰=1:500, 1:2000, do napawania materyjałów opatrunkowych większość używa nawet $\frac{1}{2}$%=1:200 rozczynów. Podczas gdy w pierwszym przypadku używają rozczynów prawie 10 razy mocniejszych niżby potrzeba było na podstawie teoretycznego rozumowania, to w drugim przypadku niestosunek jest jeszcze o wiele większy. Jeżeli bowiem przypuścimy, że materyjał opatrunkowy najlepiéj pochłaniający wsysa dziesięć razy tyle wydzieliny, ile sam waży, to zawsze jeszcze w materyjale zawierającym 1:200 sublimatu działa rozczyn 1:2000; ponieważ zaś opatrunek ma tylko powstrzymać rozkład wydzieliny a więc rozwój bakteryj, to według teoretycznego przypuszczenia już rozczyn 1:330.000 a więc 165ta część używanéj ilości sublimatu powinna temu wymaganiu uczynić zadość.

W jaki więc sposób wytłumaczyć ten niestosunek między teoryją a praktyką? kto gruntownie zastanawia się nad przytoczoną już kilkakrotnie pracą Kocha, znajdzie dość często uwagę, że jego badania mają tylko posłużyć do tymczasowego zoryjentowania się co do wartości znanych środków dezinfekcyjnych, że wypróbowanie tych środków tylko ze względu na działanie na mikroorganizmy nie może samo przez się być rozstrzygającém, i że przytém zawsze należy uwzględnić okoliczności, wśród których ten lub ów środek ma swe praktyczne zastósowanie. Doświadczenia na chorych wykazały téż niewątpliwie, że liczby przyjęte na podstawie teoryi nie dadzą się przenieść bez zmian do praktyki; przez doświadczenia na chorych dopiero trzeba było dojść do oznaczenia należytego rozczynu sublimatu, tak samo jak i co do użycia kwasu karbolowego, jodoformu i innych środków dopiero kliniczne obserwacyje dały odpowiednie podstawy. Już z tego powodu

nie można twierdzić, że wprowadzenie sublimatu do nowoczesnego leczenia ran jest wyłącznie łogicznym wynikiem naukowych badań, jak niedawno pewien autor się wyraził. Widocznie wyż przytoczone rozczyny sublimatu stósowane na ranę okazały się zbyt słabemi, z czego musimy wnosić, że działanie tego środka wśród leczenia ran bywa bardzo znacznie upośledzoném. Jest więc naszém zadaniem zbadać dokładnie przyczyny tego upośledzenia. (C. d. n.)

II. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

O stosowaniu leczniczém nowéj soli karlsbadzkiéj i zachowaniu się téjże w przewodzie pokarmowym.

Podał na podstawie doświadczeń klinicznych
Dr. W. Jaworski,
Docent Uniwersytetu Jagiell.
(Dokończenie. Patrz Nr. 27).

VI. Wskazania do stosowania soli karlsbadzkiéj.

Trudniéj jeszcze jest postawić wskazania do podawania soli karlsbadzkiéj tak z powodu nielicznego dotąd nagromadzonego materyału, jakotéż z powodu téj okoliczności, że ze zachowania się soli w fizyjologicznych stanach nie zawsze można wnosić o użyciu w stanie patologicznym. W tym więc kierunku wypowiadam więcéj moje osobiste zapatrywanie, jakie sobie tak w praktyce prywatnéj, jako też na podstawie niniejszych doświadczeń wyrobiłem. Sól karlsb. będzie wskazaną:

1. We wszystkich stanach niedowładu wydzielniczego błony śluzowéj żołądka, zatém w dyspepsyi właściwéj ostréj lub przewłocznéj, a objawiającéj się małą kwasotą treści żołądkowéj bez lub z upośledzeniem mechanizmu żołądka, objawiającego się dłuższém pozostawaniem pokarmów w nim. Tu należą n. p. przypady gastryczne po przepiciu lub objedzeniu się.

2. W nieżycie żołądka w okresie wydzielania śluzowego i alkalicznego, co się poznaje po występowaniu treści żołądka wolnéj od kwasu solnego, lub nawet alkalicznéj, jakotéż w przypadku nieżytu żołądka w okresie fermentacyi, kiedy treść jest kwaśna, lecz nie od kwasu solnego, gdyż wydzielanie tegoż jest upośledzone, lecz od kwasów organicznych.

3. Leube poleca i zachwala stosowanie soli karlsb. we wrzodzie żołądka, w rozczynie ciepłym, łyżeczkę na pół litra wody. Działanie soli zapewne ma tu wpływ na objawy miejscowe towarzyszące lub następowe, wytworzone wskutek wrzodu w żołądku. W przypadku zaś świeżego wrzodu broczącego użycie soli karlsb. nie byłoby na miejscu, a dopiero po zabliźnieniu tegoż może być wskazane.

We wszystkich przypadkach żołądkowych należy używać tylko małych dawek, t. j. po 5 gm., i to w przypadkach świeżych w rozczynie zimnym; w przypadkach zaś przewłocznych w rozczynie ciepłym przez kilka dni w celu rozpuszczenia śluzu i dłuższego działania na ściany żołądka; w następnych zaś dniach w rozczynie wody sodowéj zimnéj w celu silnego podrażnienia błony śluzowej i mięsnéj.

4. Jako środka przeczyszczającego. Dawka zależy od indywidualności i stanu patologicznego przewodu pokarmowego. Z wywiadów o używaniu środków przeczyszczających, jakotéż z usposobienia nerwowego można w przybliżeniu ocenić dawkę potrzebną. U indywiduów wrażliwych należy zacząć od 5 gm.; u innych można stosować od razu dawkę 10gmową, a nigdy nie przekraczać dawki 15gmowéj. Jako środek przeczyszczający musi sól karlsbadzka być użytą zawsze zimną, najstosowniéj z wodą sodową, lub lepiéj jeszcze ze selcerską sztuczną.

5. W nieżycie jelit przewłocznym szczególniéj we formie śluzowéj, jeżeli równocześnie występuje niedowład jelit wysokiego stopnia wymagający wysokich dawek soli karslb. korzystniéj będzie stosować ją w postaci lawatyw, z początku ciepłych, a następnie zimnych.

6. W nieżycie śluzowym całego przewodu pokarmowego wskazane jest z początku picie rozczynu ciepłego soli karlsb. w celu dłuższego działania soli, jakoteż mechanicznego oczyszczenia przewodu pokarmowego; po kilku zaś dniach należy przejść do zimnego rozczynu z wodą sodową.

7. W żółtaczce wywołanéj wskutek zmniejszonéj drożności przewodów żółciowych, bądź z powodu nieżytu, bądź też z powodu kamyków żółciowych. W tych przypadkach korzystniéj będzie użyć rozczynu ciepłego, który dłużéj przebywa w górnych odcinkach przewodu pokarmowego niż zimny. Tu należy używać średnich lub większych dawek soli karlsbadzkiéj, dlatego stósownèm będzie użycie jéj w postaci lawatyw. Mosler bowiem poleca w *Deutsche med. Wochenschrift.* (*Zur localen Therapie der Leberkrankheiten*) 1882 Nr. 6., lawatywy nawet z czystéj wody w chorobach wątroby, a to na téj podstawie, że według jego doświadczeń pod wpływem tychże większa ilość żółci się wydziela. Tém lepszego skutku spodziewać by się należało od lawatyw zawierających w rozczynie sól karlsbadzką.

8. Jeżeli węglan sodowy i sól kuchenna mają rzeczywiście wpływ korzystny w nieżycie płuc jakotéż w nieżytach dróg moczopłciowych, to nowa sól karlsbadzka, któréj węglan sodowy w znacznéj ilości przechodzi do obiegu ogólnego, powinna by być wyśmienitym lekiem w tych chorobach, zwłaszcza, że ułatwia i reguluje stolec w tych stanach patologicznych zwykle nieprawidłowo się zachowujący, a wpływający w razie zaparcia niekorzystnie na główną sprawę chorobową. Stosowanie soli powinnoby mieć tu miejsce w rozczynie ciepłym.

VII. O sposobach stosowania nowej soli karlsbadzkiéj.

Jeżeli niema szczegółowego wskazania do użycia ciepłego rozczynu soli karlsb., którego w tém samém rozcieńczeniu i w téj saméj ilości, co i niżéj podany zimny należy używać, to najczęstszy sposób stosowania téjże będzie następujący:

Poleca się wsypać wieczorem dwie równe łyżeczki kawowe soli do szklanki wody przekroplonéj, deszczowéj, śnieżnéj lub sodowéj, potém zamięszać, a następnie postawić na zimném miejscu na noc n. p. za oknem, w celu rozpuszczenia się tejże. Skoro rano pacyent się obudzi, ma rozczyn podzielić na dwie części, jedną dopełnia wodą sodową do pełności i wypija zaraz, poczém używa ruchu; drugie pół szklanki wypija w podobny sposób po pół godzinie i dopiero w $1\frac{1}{2}$ — 2 godzin, a w stanach patologicznych żołądka jeszcze po dłuższym czasie, ma jeść śniadanie. Pacyentowi poleca się, aby o ile możności uważał na wystąpienie parcia na stolec a skoro uczuje potrzebę, stolec zaraz oddawał.

Ponieważ sól karlsb. już sama czynność żołądka silnie podnieca, a błonę śluzową mocno podrażnia, nadto wessanie peptonów w jelitach upośledza, należy przeto unikać spożywania pokarmów takich, które większe podrażnienie żołądka sprowadzićby mogły, jak ostre korzeniami zaprawiane potrawy, napoje wyskokowe, twarde i ścięgniste mięso. Czy spo-

żywanie kwasów organicznych rzeczywiście jest przeciwwskazane śród używania soli karlsbadzkiéj, w braku doświadczeń nad zachowaniem się kwasów w przewodzie pokarmowym trudno mnie coś stanowczego powiedzieć, jednak użycie tychże jak n. p. barszczu w drugiej połowie dnia nie uważałbym za tak zdrożne, jak niektórzy lekarze przypuszczają, a to z powodu, że po kilkunastu godzinach ani śladu soli karlsbadzkiéj w przewodzie pokarmowym nie będzie, a kwasy organiczne dostawszy się do krwi. jej nie zobojętniają, lecz owszem alkalizują, podobnie jak to czyni sól karlsbadzka.

Co do stosowania wody sodowéj jako rozczynnika dla soli karls. muszę zrobić osobną wzmiankę. Zdarza się niekiedy, że po użyciu wody sodowéj a częściéj wody selcerskiéj sztucznéj występują łatwiéj wymioty, niż bez tejże. Przyczyny tego należy szukać w jakości wody sodowéj. Fabrykanci bowiem w celu zaoszczędzenia częściowego kw. węglowego a dla zwiększenia prężności gazów wprowadzają do wody z kw. węglowym i powietrze atmosferyczne, które dostawszy się następnie do żołądka u osób wrażliwych sprawia silne odruchy. Żadna bowiem treść w żołądku niesprawia tak nieprzyjemnego uczucia jak wprowadzone powietrze atmosferyczne. Żołądek jest wstanie bez dolegliwości znaczne ilości pokarmów stałych i ciekłych pomieścić, podczas gdy na taką samą objętość gazu silnie oddziaływa.

Chcąc stosować sól karlsbadzką w postaci lawatyw należy 1 — 2 łyżeczek soli rozpuścić w jednym litrze wody ciepłéj deszczowéj lub śnieżnéj i wprowadzić do jelita najstosowniéj wieczorem, poczem pacyent w pozycyi leżącej na boku prawym utrzymuje lawatywę, jak długo może. Gdy zaś przyzwyczai się do przytrzymania lawatyw, może dojść i do dwóch litrów w razie potrzeby. Leczenie lawatywami powinno się zakończyć stosowaniem zimnych rozczynów w celu silniejszego podrażnienia i skrzepienia błony mięsnéj jelita. Trzeba mieć jeszcze na uwadze tę okoliczność że przez podanie znaczniejszych ilości soli karlsb. do lawatyw lub za częste stosowanie tychże można sprowadzić znaczne przekrwienie błony śluzowéj, a nawet krwotok; stąd nakazuje ostrożność zaczynać od rozczynów więcéj rozcieńczonych.

Działanie lawatyw jest nietylko miejscowe, lecz podobnie jak sól karlsb. z góry od żołądka wywołuje ruch robaczkowy, tak samo dzieje się, że wprowadzona do dolnéj części jelita cały przewód pokarmowy do ruchu podnieca. Można bowiem przekonać się, że po lawatywach ze soli karlsb. nie występuje tylko jeden stolec zawierający twardą treść z jelita grubego, lecz w następstwie więcéj stolców mazistych, zawierających treść z jelita cienkiego. Również zauważyć można w krótkim czasie po stosowaniu lawatyw ze soli karlsb. zwiększenie wydzielania moczu i to alkalicznego, co może mieć skutki terapeutyczne w chorobach moczopłciowych.

Na pytanie, czy można zastąpić sól karlsb. wyrabianą z wody karlsbadzkiéj sztuczną mięszaniną, muszę na podstawie moich w téj mierze wykonanych doświadczeń twierdząco odpowiedzieć. Rozczyn bowiem soli karlsb. w żołądku zachowuje się w ten sam sposób, jak rozczyn mięszaniny utworzony ze soli sztucznych. Używając sztucznéj mięszaniny ma się jeszcze tę korzyść, że przez zwiększanie lub zmniejszanie ilości siarkanu sodowego w dawce można zmiejszać lub zwiększać wypróżnienia i działać, albo miejscowo, albo na odleglejsze narządy.

Stosownie do składu podanego dla soli karlsb. może być użyty następujący przepis dla mięszaniny sztucznéj:

Natrii sulphurici 50·0
Natrii bicarbonici 35·0
Natrii chlorati 15·0
M. f. p.

Ponieważ często napotyka się w żołądku fermentacyję wszystkich lub niektórych pokarmów, uważam za stosowne dodawać do soli karlsbadzkiéj po 0·5gm. kw. borowego na dawkę.

Co się tyczy kwestyi, czy sól karlsbadzka może w zastosowaniu leczniczém zastąpić wodę karlsbadzką, to na tém miejscu jeszcze wyczerpującéj odpowiedzi dać nie mogę. Należy bowiem wprzód przy tych samych warunkach poznać wpływ wody karlsbadzkiéj na przewód pokarmowy. Tego rodzaju pracę obejmującą przeszło 200 doświadczeń przeprowadziłem w klinice lekarskiéj i przedłożyłem ją IV. Zjazdowi Lekarzy i Przyrodników w Poznaniu. Metoda przy doświadczeniach użyta była podobna, jak i przy doświadczeniach ze solą karlsbadzką, t. j. dotąd jeszcze nie stosowaną, a wykonana nie na zwierzętach lub przy pomocy przetok żołądkowych, lecz wprost na ludziach w prawidłowych warunkach, a przeto dająca wyniki wprost dla celów klinicznych przydatne. Szczegóły téj pracy wykazały dotąd nieznany wpływ wody karlsbadzkiéj na funkcyję przewodu pokarmowego, a odmienny od soli karlsbadzkiéj i umożliwiły określenie wskazań i przeciwwskazań, jakotéż podania racyonalnych sposobów stosowania wody karlbadzkiéj. To téż sekcya medycyny wewnętrznéj IV. Zjazdu, przekonawszy się, że pojedyncze czynniki lecznicze zdrojowisk przy bliższém zbadaniu wpływają namacalnie na pojedyncze funkcyje ustroju według tego w jakiej ilości, i przy jakiéj ciepłocie, w jakiéj porze dnia i t. p. bywają stosowane, wobec braku tego rodzaju obserwacyi a chwiejności wskazań i przeciwwskazań do pewnego zdrojowiska, jako też braku naukowych podstaw dla całéj balneoterapii, powzięła d. 4 Czerwca b. r. jednomyślną rezolucyję, uznającą konieczną potrzebę robienia obserwacyj kliniczno-doświadczalnych w naszych zdrojowiskach, i zwróciła się w tym celu do towarzystw lekarskich, lekarzy zdrojowych, do zarządów zakładów kąpielowych, aby poruszyli i popierali myśl zakładania szpitalów obserwacyjno-doświadczalnych w zdrojowiskach, poddając je kierownictwu stałego lekarza zdrojowego. [1])

W końcu niech mi będzie wolno złożyć wyrazy podziękowania za chętną radę naukową i podanie materyału doświadczalnego Dyrektorowi kliniki Lekarskiéj prof. Drowi Korczyńskiemu, który pragnąc prawdziwego postępu nauki swojém zachęceniem coraz więcéj pracowników naukowych około siebie skupić umie. Również szanownym Kolegom Drowi A. Gluzińskiemu i Drowi Bobkiewiczowi jestem zobowiązany za życzliwą pomoc przy wykonywaniu doświadczeń niniejszych.

III. Kazuistyka lekarska.

Trzynastoletnie codzienne używanie chloralu.

Podał Dr. Józef Ulanowski w Lublinie.

W miesiącu październiku 1871 r. zostałem wezwany przez panią Ludwikę B., żonę urzędnika sądowego, lat 54 liczącą, dla usunięcia bezsenności. Pani B. przebyła trzy

[1]) Tablica dawno już gotowa ze względu na portoryjum dołączy się później.

porody do lat 34ch i porę przechodową od lat pięciu, dobrze odżywiona, z tkanką podskórną obfitującą w tłuszcz, podlega krwistości brzuchowéj, z tętnem 64 nie zbyt pełném, bez objawów gorączkowych, z wątrobą znacznie powiększoną, skłonna do częstych przypływów krwi do głowy, ze wzrokiem od lat pięciu upośledzonym; stan płuc prawidłowy prócz lekkiego nieżytu oskrzeli, przewód pokarmowy działa leniwo i ztąd częste zaparcia stolca, łaknienie umiarkowane, czasem dość wielkie, mocz prawidłowy, bez cukru i białka, chorób naskórnych nie ma. B. napojów wyskokowych prawie nie używa, czasem tylko kieliszek wina dobrego, i prowadzi życie siedzące, zajmując się czytaniem książek i niekiedy tylko używa przechadzki niezbyt długiéj — jedném słowem pod względem czynności ustroju, jakkolwiek są powyżéj wymienione zboczenia, nie grożą jednak bliskiém niebezpieczeństwem. Co się zaś tyczy sfery umysłowéj, rzecz się ma daleko gorzéj. Pani B. od paru miesięcy bez żadnéj widocznéj przyczyny wcale nie sypia, zaledwie niekiedy pół godziny w ciągu całéj nocy, ciągle opanowuje ją tęsknota nieokreślona, tak że często przychodzi jéj chęć skoczenia z galeryi drugiego piętra.

Uwzględniając krwistość brzuchową i zaparcie stolca, poleciłem używanie przez czas dłuższy leku przeczyszczającego, późniéj zaś przepisałem bromek potasu z lekkim naparem rośliny wilczéj jagody, lecz gdy te środki w ciągu trzech tygodni wcale snu nie sprowadziły i nie zmniejszyły tęsknoty i chęci samobójstwa, obawiając się, aby wobec takich zwiastunów zaduma się nie rozwinęła, poleciłem użycie na noc co 20 minut po łyżce stołowéj aż do nastania snu mięszanki z *Hydratis chlorali 3,75*, *Aquae destillatae 30,00* i *Syrupi gummosi 30,00*, poczém nastąpił sen godzin ośm trwający i nazajutrz B. czuła się znacznie lepiéj, tęsknota ustąpiła i jak sią sama z wdzięcznością dla mnie za poradę tego ostatniego środka wyraziła, że się uważa za zupełnie uleczoną. Od tego czasu mija lat 13 i p. B. bez méj rady, a nawet przez lat kilka bez méj wiadomości, powtarza ciągle użycie téj mięszanki, z tą tylko różnicą, że codziennie na noc używa połowy ilości przepisanéj, t. j. około dwóch gramów chloralu. U pani B. przez lat sześć wcale nie byłem, w ostatnich zaś siedmiu latach bywałem proszony parę razy rocznie, gdy się trafiła potrzeba przepisania środka przeczyszczającego i każdy raz pomimo odradzania z méj strony ciągłego użycia chloralu B. wręcz oświadcza, że bez tego środka jużby dawno nie żyła i że bez niego spać wcale nie może. Przy każdéj méj wizycie zwracałem baczną uwagę na stan umysłu i mogę stanowczo wyrzec, że najmniejszego zboczenia w sferze umysłowéj nigdy nie spostrzegłem, przeciwnie winienem dodać, że na wszelkie pytania i w rozmowie o wypadkach z przeszłości jakoteż i obecnéj chwili, pomimo wzroku bardzo upośledzonego okazuje uderzającą względnie do wieku swego (67 lat) bystrość, loiczność i pamięć, narzeka tylko, że czytać sama nie może, co stanowi dowód, że nie jest obojętną na przedmioty i zjawiska zewnętrzne, słuch ma prawidłowy, dla tego też radziłem odszukania osoby, któraby codziennie parę godzin czytała pacyjentce, biegunki nigdy nawet jednodniowéj w ciągu tych lat trzynastu nie przebywała, w ostatnich dwóch latach łaknienie się nieco zmniejszyło i znacznie schudła ale być może że i te dwa ostatnie objawy wypada przypisać choć w części temu, że B. wcale nie wychodzi na świeże powietrze, a w mieszkaniu, w części miasta bardzo zabudowanéj, zajmuje pokój z oknem na podwórze, nieodznaczające się korzystnemi warunkami zdrowotnemi.

Spostrzeżenie to zestawiając z obserwowanym przez prof. Kirna (Przegląd Lekarski, 19 stycznia, 1884, Nr. 3) przypadkiem zboczenia umysłowego u 35 letniego mężczyzny, który z powodu typowych napadów duszności używał przez kilka miesięcy codziennie po sześć gramów chloralu i 0,08 chlorku morfinu, przychodzimy mimowolnie do wniosku, że powstanie zboczenia umysłowego wypada przypisać raczéj znacznéj dawce morfinu lub przynajmniéj obu środkom a nie samemu chloralowi, jak to uczynił Kirn, gdyż co do mnie opierając się na kilkunastu obserwowanych przypadkach podawania chloralu z małą ilością chlorku morfinu 0,02 lub tylko z kilku (8) kroplami nastoju makowcowego chorym na przepukliny uwięzłe, prawie zawsze, prócz rezultatów pomyślnych dla uwięźnięcia i snu głębszego, spostrzegałem niekiedy choć przemijające i nie ważne zboczenia w sferze umysłowéj, jakich nigdy nie widziałem przy podawaniu samego chloralu. Dziwi mnie tylko bardzo, dla czego Kirn obserwując chorego, któremu podawano dwa główne środki nasenne razem, w dawce prawie największéj bez przerwy i w ciągu długiego czasu, więcéj obwinił chloral co do powstania choroby umysłowéj niż morfin, czy nie słuszniéj byłoby w tym przypadku twierdzić, że ta choroba była naturalném następstwem utrzymywania pomienionéj osoby we śnie sztucznym, głębokim, po całych dniach bez przerwy w ciągu kilku miesięcy, choćby taki sen przez inne środki nasenne był sprowadzanym i czy nie lepiéj byłoby na mocy tego spostrzeżenia, odradzać lekarzom przepisywania tak chloralu z morfinem, jakoteż innych silnie działających leków w połączeniu i w dawkach tak dużych i bez przerwy?

Do wyprowadzenia przez Kirna wniosku, że chloral a nie morfin wywołał chorobę umysłową, mogła posłużyć ta okoliczność, że ten mężczyzna używał daléj podskórnie morfinu i choroba umysłowa po 6 tygodniach ustąpiła, ale z drugiéj strony mamy prawo zwrócić uwagę prof. Kirna na to, że pomieniony chory otrzymywał wprawdzie morfin ale w dawce małéj (nieco morfinu) i że groźne omamy, zwłaszcza słuchowe, wystąpiły dopiero po kilku dniach środ używania tylko morfinu i że stan tego podniecenia umysłowego z biegiem czasu, w miarę przyzwyczajenia się do dawek morfinu zmieniał się i nareszcie po kilku tygodniach ustał, bo jakkolwiek wodan chloralu nie tak szybko wydala się z ustroju jak chloroform i wpływ jego trwać może dłużéj, trudno jednak przypuszczać, aby wpływ taki (otrucia) trwał parę miesięcy, jak to widzimy w obserwacyi Kirna, a przypuszczając nawet tak długie trwanie otrucia chloralem, czyż morfin podawany podskórnie przez Kirna mógł stanowić odtrutkę na chloral i czy nie można nawet przypuszczać, że choć małe dawki morfinu przedłużały raczéj złe skutki wywołane chloralem w połączeniu z morfinem i czy w takim razie (przewlekłego otrucia) nie byłoby właściwiéj leczyć chorego hydropatycznie, faradyzacyją nerwów i powietrzem świeżém, aniżeli poddawać go działaniu choć małych dawek morfinu?

Pięć spostrzeżeń z warszawskiego szpitala dla dzieci wyzn. mojżeszowego małż. Bersohnów i Baumannów.

Opisał Dr. Ludwik Wolberg,
miejscowy lekarz szpitala.

(Dokończenie. Patrz Nr. 27).

5) Hypospadiasis cum Cryptorchismo.

Dnia 7go października 1883 r. oglądałem w ambulatoryjum szpitala 3-tygodniowe dziecko, Leokadyję Henrychówną, przebywającą u rodziców swych w Warszawie, za rogatką jerozolimską pod Nrem 38. Dziecko na swój wiek dobrze odżywione i zresztą dobrze zbudowane przedstawiało nieprawidłowości w budowie części płciowych, które nie pozwoliły rodzicom oznaczyć płci dziecka. Chcąc je jednak ochrzcić, udali się do jednego z tutejszych szpitali, gdzie jeden z asystentów przy kliniczném ambulatoryjum oznaczył płeć dziecka jako żeńską, a na zasadzie tego zaciągnięto je do ksiąg ludności jako dziewczynkę. Do nas rodzice zgłosili się jedynie dla porady lekarskiéj, gdyż dziecko ciągle krzyczało (z powodu *soor* i zaburzeń w trawieniu).

Oglądając części płciowe spostrzegłem dwa grube różowe fałdy, podobne do wielkich warg sromnych i odstające od siebie; pomiędzy niemi od gory było przyczepione łukowato zgięte prącie, którego żołądź wyraźny poprzeczny fałd oddzielał od ciała. Wierzchołek żołędzi w skutek łukowatości zwrócony był ku szparze sromnéj i leżał zupełnie pomiędzy owemi fałdami. Wędzidełka i napletka zupełnie brak. Unosząc prącie ku górze, dla obejrzenia dolnéj powierzchni, spostrzegłem za żołędzią małe zagłębienie, po-

dobne do wylotu cewki moczowéj. Zagłębienie to było bardzo powierzchownem i nie prowadziło do żadnego kanału. Poniżéj tego zagłębienia spostrzegamy bruzdę, długości cala, któréj brzegi stanowią dwa cieniutkie fałdeczki. Tkanka wyścielająca bruzdę więcéj podobną jest do błony śluzowéj, niżeli do skóry i na powierzchni téj tkanki widać cieniutkie krwionośne naczynia, przebiegające tuż pod nabłonkiem. W górnéj swéj połowie bruzda jest mniéj głęboką niżeli w dolnéj, gdzie boczne fałdki bardziéj są rozwinięte. Na końcu bruzdy spostrzegamy otwór, przez który wprowadzamy dziecięcy żeński cewnik; ten przenika swobodnie do pęcherza, czego dowodem wypływający mocz, bez domieszki kału, krwi lub śluzu. Tuż pod tym otworem znajduje się malutki poprzeczny fałdeczek, łączący oba grube skórne fałdy.

Złożywszy nogi dziecka widzimy tylko łukowatość prącia i oba skórne fałdy, co podobnem jest do żeńskich płciowych narządów z nadmiernie rozwiniętą łechtaczką. W skórnych fałdach, mających pozór wielkich warg, a które są tylko połówkami niezrośniętych moszen nie można wymacać jąder; nie ma ich téż w kanałach pachwinowych, prawdopodobnie zatem pozostały w jamie brzusznéj, co często bywa w *hypospadiasis*. Dla łatwiejszego zrozumienia wystawić sobie trzeba prącie łukowate, którego żołądź wcale nie byłaby przedziurawioną, a na dolnéj powierzchni cewka na przestrzeni cala byłaby rozpłataną. W ten sposób naturalnie nie może być mowy o wytworzeniu się wędzidełka, a bruzda prowadząca od żołędzi ku wylotowi cewki jest wyłożona błoną śluzową, gdyż stanowi jedynie dalszy ciąg cewki.

Opisany tylko co przypadek *hypospadiasis* należy wedle przyjętego podziału (p. Bouchut: *Maladies des nouveau nès*, a także Bókaï w *Gerhardt's Handbuch d. Kinderkrankheiten*. T. IV, Odd. III, str. 174) do 3go rzędu. W 1ym rzędzie otwór cewki znajduje się jeszcze na żołędzi, w drugim na ciele prącia, w trzecim moszna są rozdzielone, a w najwyższym czwartym nawet i międzykrocze aż do odbytu jest przedzielonem. Pomyłki co do rozpoznania tych przypadków zdarzają się często przy powierzchownem badaniu i nieraz, jak opowiada Bouchut, dzieci tego rodzaju nosiły suknie i wychowywane były jako dziewczęta, dopóki w okresie płciowym zachcianki męskie nie zdradziły prawdziwego stanu rzeczy.

Sztuka lekarska nie jest zdolną pomódz w tym przypadku. Wszelkie próby plastycznego wytworzenia cewki (w *hypospadiasis* 3go rzędu) albo nie dały żadnego rezultatu, albo bardzo niedostateczny. Małe zagłębienie, któreśmy widzieli na żołędzi, a które w innych przypadkach przedłuża się w rodzaj ślepego kanału, wyłożonego naskórkiem, wskazuje wedle Klebsa (*Handbuch d. pathol. Anat.* I t., II Odd., str. 1113. Berlin, 1876), że cewka prącia składa się z dwóch części: dolna powstaje w skutek zamykania się przedniéj części *Sinus uro-genitalis*, natomiast druga część, cewka żołędzi, powstaje w skutek zagłębiania się rogowego listka.

IV. Oceny i sprawozdania.

Nowsze piśmiennictwo psychijatryczne i sądowolekarskie

ocenił prof. Dr. Blumenstok.

V.

Prof. Waldeyer (w Berlinie): Atlas der menschlichen und tierischen Haare, sowie der ähnlichen Fasergebilde. Lahr 1884, in Fol., str. 196 tekstu i 12 tablic fotodruków.

W przedmowie podaje autor, że zadaniem pracy niniejszéj jest wyjaśnienie za pomocą rycin budowy włosów ludzkich zdrowych i chorych, stosunków ich antropologicznych i etnologicznych, rozróżnienie od włosów zwierząt ssących i tych ostatnich pomiędzy sobą, wreszcie poznanie włókien do włosów podobnych; wybór zaś okazów nastąpił z uwzględnieniem potrzeb medycyny sądowéj, techniki, przemysłu i agronomii. Odfotografowaniem oraz wydawnictwem dzieła zajął się fotograf Grimm. Zrazu zamierzono podać tylko krótkie objaśnienie tablic, późniéj jednak W. zdecydował się napisać monografiję włosów, ktora jako pochodząca od anatoma pierwszorzędnego w wysokim stopniu zasługuje na uwagę.

Monografija składa się z 3ch części: w pierwszéj autor podaje dokładny opis włosa i poszczególnych jego warstw, zastanawia się następnie nad zachowaniem włosa wypadłego i wyrwanego, nad różnicami zachodzącemi w miarę umiejscowienia włosów, w miarę wieku, płci i rasy, wreszcie na kilkunastu tablicach podaje skazówki etnologiczne, przyczém co do barwy włosów przytacza i pracę Majera i Kopernickiego. Że opis anatomiczny włosów jest dokładny, zbyteczna dodać, ale na uwagę zasługują szczegóły odnoszące się do powietrza mieszczącego się w części osiowéj śród- i międzykomórkowo, oraz odnoszące się do barwika i do siwienia włosów. Możności nagłego osiwienia W. nie wyklucza, jakkolwiek zjawiska tego tłumaczyć nie umie.

Część 2ga zajmuje się sposobami badania włosów i tworów powinowatych. Po bardzo dokładnych wskazówkach, jak przystąpić do odpowiedniego badania makro- i mikroskopowego, zastanawia się autor przeważnie nad badaniem lekarskiém i sądowolekarskiém, przedstawia wszystkie zmiany patologiczne, przy któréj to sposobności poświęca słów kilka kołtunowi, który zgodnie z wszystkimi nowszymi badaczami uważa jako następstwo nieczystości i ucisku; bardzo dokładną wreszcie jest rzecz o pasorzytach roślinnych i zwierzęcych. Część sądowolekarska głównie oparta jest na pracy Oesterlena, a po części i Pfaffa i dlatego jest jednostronną; widać, że znakomity anatom zapuszcza się tu na pole sobie obce. Podczas gdy w monografii wszędzie jak najdokładniéj przytacza literaturę dawniejszą i nowszą, w części sądowolekarskiéj nie zna prac Hofmanna, Falcka, Ioanneta. Natomiast zgodzić się trzeba z autorem, jeżeli przestrzega przed zbyt śmiałém orzekaniem na podstawie badania włosów. „Kto częściéj był w położeniu wydawania orzeczeń jako instancyja wyższa w sprawach sądowolekarskich, wie, jak często popełniają się błędy, częścią dla niedostatecznéj znajomości rzeczy anatomicznych i chemicznych, częścią z powodu skłonności załatwienia kwestyj w sposób jak najpewniejszy."

Badaniu włosów ważnych pod względem technicznym i przemysłowym poświęca autor osobny rozdział. Ponieważ nie ulega wątpliwości, że włosy są nośnikami przyrzutów, i tym sposobem do szerzenia chorób zaraźliwych przyczynić się mogą, więc czyszczenie ich jest koniecznością i powinno pozostawać pod kontrolą władz. Jeżeli uwzględnimy, że olbrzymie masy włosów na cele techniczne i przemysłowe zużytkowane zostają, (o ilości można wyrobić sobie sąd niejaki, jeżeli się zważy, że w r. 1872 przez Marsyliję samą 100,000 kilogr. włosów ludzkich z Chin importowano), więc sprawy téj lekceważyć nie można.

Część 3cia zajmuje się tworami do włosów podobnemi, jakoto jedwabiem, bawełną, płótnem, konopiami i agawą.

Dokładne objaśnienie rycin i spis rzeczy zamykają pracę Waldeyera.

Na 12 tablicach sporządzonych przez Grimma mieści się 169 rycin fotodrukowych, przedstawiających włosy ludzkie i zwierzęce, włókna jedwabiu, wełny, bawełny itd., liczne przekroje włosów, oraz rozmaitéj postaci cebulki.

Podaliśmy obfitą treść t. zw. atlasu, który mieści w so-

bie nierównie więcéj aniżeli obiecuje. Cena jego (12 mark) nadto jest bardzo przystępną i dla tego atlas ten znajdzie się zapewne w rękach nietylko lekarzy sądowych ale i piastujących urząd publiczny.

Prof. Samuel: **O wstrzykiwaniu podskórném jako sposobie leczniczym w cholerze.**

Autor uważa za swój obowiązek powtórzyć myśl objawioną pierwotnie w roku zeszłym, a to z powodu nowéj inwazyi téj choroby.

Istotę cholery stanowi sprawa wysiękowa do przewodu pokarmowego, sprowadzona przez przyrzut odkryty przez Kocha. Sprawa ta prowadzi do zagęszczenia krwi a wreszcie do ustania krążenia. Skoro chory znajduje się w okresie zamartwiczym, nie wiele można się spodziewać po leczeniu bezpośredniém sprawy wysiękowéj; wszelkie środki podawane *per os et per anum* bywają niezwłocznie wyrzucone, a nawet w tych przypadkach, w których mięśnie jelit nie są zdolne do takiego wydalania, mianowicie w cholerze suchéj, zupełnie ustaje chłonienie. Masy ryżowe wypełniają wtedy światło jelit, naczynia wydzielając ustawicznie nie są zdolne do chłonienia. Za tém przemawiają stanowczo spostrzeżenia, poczynione przy łóżku cholerycznego, a mianowicie, że wchłanianie istot, dających się wykazać, nader łatwo, ustaje zupełnie. Z tego wynika, że o leczeniu przeciwpasorzytném, przeciwbiegunkowém i ogólném nie ma mowy w okresie zamartwiczym.

Zubożenie krwi we wodę jest przyczyną śmierci, roztworzenie krwi płynem jest najważniejszém wskazaniem. Organizm jednak jest w tym okresie podobnym do beczki Danaid, wszystek płyn wprowadzony ginie natychmiast a powierzchnia, która w stanie fizyjologicznym jest najsposobniejszą do chłonienia, staje się narządem wydzielniczym. Okres zamartwiczy jest zawsze krótki, trwa u tych, którzy zdrowieją, godzin 23 do 36. Na czém to polega, nie wiemy, ale spostrzegamy zjawiska analogiczne w innych chorobach zakaźnych.

Ale czy nie ma sposobu, aby przez te 24 do 36 godzin podtrzymać krążenie przez dopływ wody do krwi? Najpierw nasuwa się na myśl wlewanie wody do układu naczyniowego; rozchodzi się tutaj jednak o wlewanie nieustające a w obec niepokoju chorych trudno byłoby uskutecznić operacyję bez narażania ich na powstanie zapalenia żył. Najmniéj niebezpieczném jest wlewanie podskórne a sposobem tym można wprowadzić ilość wody dostateczną do wynagrodzenia ubytku. Żadne doświadczenie na zwierzęciu nie będzie dostateczném do potwierdzenia lub zaprzeczenia tego przypuszczenia, dowodów dostarczy doświadczenie uczynione na samych chorych na cholerę. Pewném jest, że w przebiegu cholery znikają obrzęki i opuchliny a wlewania pod skórę łydek przedsiębrał już Beigel (*Lancet* II, Nr. 13, p. 352) i spostrzegł wyraźne polepszenie, jakkolwiek ostatecznie uległ chory zarazie. Chłonienie przez tkankę podskórną można wszędzie wykazać, będzie ono naturalnie w tém miejscu najdokładniejszém, gdzie aż do ostatniego tchu utrzymuje się krążenie a więc na szyi i na klatce piersiowéj; spostrzeżenia czynione na samych chorych muszą dopiero pouczyć o szybkości chłonienia. Zawsze jednak za pewne uważać należy, że im bliżéj szyi, tém szybciéj odbywać się będzie chłonienie. Nieszkodliwość zabiegu pozwoli na zastosowanie go w kilku miejscach górnéj połowy ciała, masowanie przyczynić się musi do rozprzestrzenienia płynu.

Trójgraniec odpowiedni w połączeniu ze zbiornikiem jest narzędziem, którém i doświadczony posługacz wstrzykiwanie wykona a w odpowiednim przypadku można go nawet w ranie pozostawić przez pewien przeciąg czasu. Do wstrzykiwań tego rodzaju poleca S. rozczyn z 6 gm. soli kuchennéj i 1 gm. węglanu sodowego na 1000 części wody przekroplonéj.

Skutku odpowiedniego można się, zdaniem autora, spodziewać tylko wtedy, gdy wstrzykiwania te będą uskuteczniane do końca okresu zamartwiczego. (*Berl. klin. Woch.* Nr. 28, 1884). *Dr. Schaitter.*

Quetsch (z Giessen): **O zdolności chłonienia błony śluzowéj żołądka zdrowego i schorzałego.**

Zdolność chłonienia błony śluzowéj żołądka u człowieka zdrowego w gorączce i w rożnych chorobach żołądka była w ostatnich latach przedmiotem licznych doświadczeń, wykonanych przez Penzoldta, Fabera, Wolfa i innych na ludziach chorych i zdrowych. Badania te jednak wydały wyniki tak chwiejne, a w części sprzeczne, że nie można nawet było z nich osądzić, czy chłonienie w chorobach żołądka jest opóźnione, czy téż prawidłowe. Autor upatrując słusznie przyczynę niezgodności wyników badań dawniejszych w tém, że przedsiębrano je bez względu na stan trawienia w żołądku i jego wypełnienie pokarmami, wykonał nowy szereg doświadczeń, w których uniknął tego błędu, badając zdolność chłonienia w części na czczo, w części po wypłukaniu żołądka, wreszcie w pewnych, dokładnie oznaczonych okresach trawienia. Doświadczenia te wykonywał w ten sposób, że osobie badanéj podawał kapsułkę żelatynową, zawierającą 0.2 gr. jodku potasu, poczém w odstępach kilkuminutowych wypuszczał mocz cewnikiem tak długo, póki nie otrzymał w nim oddziaływania na jod. Wyniki były następujące: Błona śluzowa żołądka zdrowego na czczo chłonie wprowadzony doń jodek potasu w przeciągu 9 do 18, średnio zatém $13\frac{1}{3}$ minut. W przewlekłym nieżycie błony śluzowéj z rozszerzeniem żołądka chłonienie na czczo jest w mniejszym lub większym stopniu opóźnione, a to nawet po dokładném wypłukaniu i wypróżnieniu żołądka, z czego wynika, że nietylko stała obecność płynu w żołądku nawet na czczo, właściwa wspomnianéj chorobie, ale sama także zmiana chorobowa błony śluzowéj sprowadza opóźnienie chłonienia. Autor wykazał jednak, że po wypłukaniu żołądka chłonienie odbywa się szybciéj, chociaż nigdy tak szybko, jak w stanie zdrowia. W kilku przypadkach wrzodu okrągłego okazało się chłonienie znacznie przyspieszoném w porównaniu ze stanem zdrowia, następowało bowiem w 7 do 8 minut; przeciwnie w przypadkach raka żołądka chłonienie było więcéj nawet opóźnione, niż w przewlekłym nieżycie. Co do chłonienia błony śluzowéj podczas trawienia, doświadczenia Quetscha wykazały, że jest ono w tym razie zawsze powolniejsze, aniżeli w żołądku próżnym i że to opóźnienie chłonienia jest największe bezpośrednio po spożyciu pokarmów, poczém z postępem trawienia stopniowo się zmniejsza.

Doświadczenia te wykazują, że przepłukiwanie żołądka w przewlekłym nieżycie jego błony śluzowéj, prócz innych korzyści, jakie zapewnia, przyczynia się także do szybszego chłonienia wprowadzonych pokarmów; nadto wynika z nich, że leki, które chcemy szybko wprowadzić do organizmu, należy podawać nie bezpośrednio, lecz dopiero w parę godzin po spożyciu pokarmów. Pod względem rozpoznawczym może szybkość chłonienia w wątpliwych przypadkach rozstrzygnąć o rozpoznaniu raka lub wrzodu okrągłego, zwła-

szcza, jeśli liczniejsze badania potwierdzą wnioski autora. (*Berl. klinische Wochenschrift*, 1884, Nr. 23). *Dr. Peters.*

Albrecht (Petersburg): **O durze powrotnym u płodów.**

Autor już przed czterema laty opisał w *St. Petersb. med. Wochenschr.* przypadek duru powrotnego u płodu. Od tego czasu miał sposobność widzieć dwa inne przypadki tego rodzaju.

Obok charakterystycznego przebiegu ciepłoty, znalezione we krwi matek krętowłoski nie dopuszczały żadnéj wątpliwości, że rzeczywiście był dur powrotny. W pierwszym przypadku dziecko siedmiomiesięczne, słabo rozwinięte, żyło 76 godzin, a sekcyja wykazała powiększenie śledziony, któréj miąższ był zbity, kruchy; we krwi zaś mnóstwo krętowłosków, pomimo, że preparaty drobnowidowe dopiero w 52 godzin po śmierci były badane. Podobne zmiany wykazała sekcyja w drugim przypadku, w którym dziecko było nieżywo urodzone.

Nasuwa się pytanie, jaką drogą przyrzut dostał się do ustroju płodu; skoro Bollinger starał się udowodnić, że przez łożyska nie mogą przejść żadne ustrojowe twory i jedynie wymiana gazów przez nie jest możebna. Potwierdzają to zdanie także spostrzeżenia Branella, Davaina, Pasteura a Straus i Chamberland wykazali, że płody świnek morskich, którym zaszczepiono jad wąglikowy, nigdy nie zawierają prątków, gdy przeciwnie zarazek cholery kur zaszczepiony królikowi wywołuje zakażenie płodów a podobnie zachowuje się według Pasteura t. zw. *vibrion septique*.

A. powołując się na swe dawniejsze badania nad rozwojem krętowłosków przypuszcza, że nie krętowłoski jako takie, ale ich zarodniki dostają się przez łożysko do krwi płodu, bo będąc znacznie mniejszemi łatwiéj téż mogą przejść. Lecz jeżeli tak jest, to pojedyńcze okresy choroby dziecka nie mogą być równoczesne z okresami choroby matki; bo skoro zarodniki dostaną się do krwi płodu, muszą przebyć okres przygotowawczy i rzeczywiście we wszystkich trzech przypadkach była różnica co do czasu choroby matki i dziecka.

W końcu podaje A. na dowód, że nie koniecznie dur powrotny matki za sobą pociąga zarażenie płodu, opis przypadku, w którym urodzone w 4 dniu choroby bliźniaki $5^1/_2$ miesięczne nie okazywały żadnych zmian, któreby można odnieść do duru powrotnego, ani we krwi ich nie było krętowłosków mimo, że te w wielkiéj liczbie nawet w krwi łożyska wykazać było można. (*Wiener med. Blätter*, Nr. 24). *Dr. Otto.*

Uhthoff: **O zmianach na dnie oka powstających w skutek opilstwa, i o anatomo-patologicznych zmianach wśród niedowidzenia opilców.**

(Wykład miany w Tow. lek. berlińskiém).

Wszyscy prawie autorowie zgadzają się na to, że opilstwo bywa najczęściéj przyczyną niedowidzenia, występującego typowo, z ciemnemi plamami w środku pola widzenia. Na podstawie zbadania rozległego materyjału chorych z kliniki prof. Schölera potwierdza autor to spostrzeżenie, dodaje nadto, że niedowidzenie w skutek nadużywania tytoniu zdarzało mu się o wiele rzadziéj, najczęstszemi były przypadki, w których obydwie te szkodliwości działały równocześnie. Niniejsza praca jest owocem badania 360 chorych w zakładzie dla obłąkanych; chorzy ci sąto wyłącznie ofiary opilstwa przewlocznego, które sprowadziło u nich chorobę umysłową albo padaczkę. W 14% przypadków mógł U. wykazać wziernikiem zmiany, których uderzająca częstość u opilców zmusza do uznania ich za zmiany chorobowe. Najczęściéj pojawia się dobrze spostrzegalne zaćmienie siatkówki, najwidoczniejsze w okolicy tarczy, rozchodzące się ztąd na całe dno oka. Tarcza jest na wewnątrz zaćmiona, granice jéj na wewnątrz ku górze i dołowi lekko zamglone, na wewnątrz zaćmienie to mniéj uderza a granice ostrzéj występują. Odblask siatkówki jest szarawy, obraz niewyraźny, naczynia nie występują tak żywo, grubość ich nie przedstawia zmian. Ku obwodowi zmiany zmniejszają się, nie można jednak wykazać ściśléj ich granicy. Zmiany te w stopniu niskim nie muszą sprowadzać upośledzenia wzroku. U. sądzi, że to są zmiany anatomiczne w warstwie włókien nerwowych, dla tego są one najbardziéj widoczne tam, gdzie warstwa włókien jest najgrubszą, niestety nie miał sposobności stwierdzić tego na stole sekcyjnym. Borysikiewicz i Klein opisali już zmiany tego rodzaju, to téż spostrzeżenie to zasługuje na wzmiankę nie z powodu swéj nowości, ile głównie z tego, że zazwyczaj nie spostrzega się upośledzenia bystrości wzroku, podczas gdy zmiany już istnieją, znaczenia przeto rozpoznawczego nie ma ta zmiana dotychczas. Również nie czuje się autor uprawnionym do przypuszczenia, że zmiany te poprzedzają wystąpienie niedowidzenia; liczba przypadków obserwowanych nie jest dostateczną do wysnuwania wniosków stanowczych.

Zmianą najważniejszą, mającą niewątpliwie wartość rozpoznawczą w przewlekłém opilstwie, jest częściowa zanikowa zmiana barwy tarczy, ograniczająca się do zewnętrznéj połowy téjże. Zmiana ta jest również znaną i opisaną, autorowie jednak oprócz Lebera za mało ją dotąd oceniają. U. uważa za odpowiednie położyć nacisk na dwie okoliczności: 1. że wyrażenie „zblednienie części skroniowéj tarczy“ jest o tyle niedostateczném, iż nie cała skroniowa połowa tarczy ulega zmianie, lecz tylko pewna część téjże połowy a zmiana ograniczyć się może do $^1/_4$ a nawet $^1/_5$ całéj powierzchni tarczy; 2. zjawisko spostrzegalne wziernikiem występuje bez równoczesnego upośledzenia wzroku, a częstokroć nie świadczą wywiady o upośledzeniu wzroku, któreby dawniéj istnieć miało.

Zmianę opisaną wykazał autor w 17% przypadków badanych. Nieraz była granica pomiędzy częścią zdrową a schorzałą tak wybitna, że obraz cały był nader uderzającym, pomimo jednak, że czasem granica ta nie była wyraźną, można się było snadnie przekonać o zmianie, zwlaszcza wśród badania w obrazie prostym.

W dalszym ciągu wykładu swego zestawia autor zapatrywania na anatomiczną podstawę tych zmian. Badanie ogranicza się do kilkunastu przypadków opisanych przez Erismanna, Lebera i Samelsohna i innych, pomimo względnie częstego spotykania się ze zmianą tą u żywego rzadko stosunkowo zdarza się sposobność badania anatomicznego schorzałych nerwów wzrokowych. Opisy autorów zgadzają się pomiędzy sobą a sam U. może z własnego doświadczenia potwierdzić istnienie zmian anatomicznych, gdyż dwaj z badanych chorych umarli wśród pobytu w zakładzie a U. miał sposobność badać makro- i mikroskopowo całe szeregi przekrojów nerwów wzrokowych.

Po demonstracyi tych preparatów nastąpiła dyskusyja nad tym przedmiotem, w któréj Hirschberg zabrawszy głos udowadniał, że autorowie angielscy zupełnie odmiennie zapatrują się na istnienie niedowidzenia wyskokowego. Zdaniem ich istnieje niedowidzenie w skutek nadużywania tytoniu, a wątpliwém jest jeszcze, czy oddzielić z tego pewną

liczbę przypadków, któreby położyć wypadało na karb opilstwa. Hirschberg zgadza się jednak zupełnie z zapatrywaniem U. a to na podstawie obserwacyi licznych przypadków, w których działanie tytoniu z pewnością wykluczyć było można. (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1884).

Dr. Schaitter.

V. Wycieczka do Jaworza.

W połowie maja rb. udało mi się spełnić od dawna upragniony zamiar, zapoznania się z Jaworzem, ku czemu nęciły mię pełne zachęty ustne relacyje o Jaworzu nigdy niezapomnianego dla mego serca Winc. Pola, wielokrotnie latem tam przebywającego, a obecnie bodźcem ku temu było gorące pragnienie koleżeńskiego uczczenia dzisiejszego kierownika tamtejszego zakładu hydropatycznego Dra Stan. Smoleńskiego, autora pierwszego i jedynego w ojczystéj literaturze dzieła o hydroterapii, świeżo ogłoszonego.

Puściłem się przeto na ten spacer pospiesznym pociągiem kolei żelaznéj z Krakowa do Bielska, a ztamtąd fijakrem w godzinie stanąłem w Jaworzu. Cała ta podróż trwa 4 godziny. Jakażto łatwość komunikacyi, jakże dogodną jest taka podróż nawet dla dzieci! a jakże zaleca się dla każdego chorego, chociażby bardzo osłabionego.

Wyborny gościniec prowadzi na samo miejsce do Jaworza, posiadającego zakład żętyczny a głównie hydropatyczny w owym Śląsku, u którego ludu po tylu wiekach zbudziło się napowrót życie polskie, mimo największéj o tę sprawę z naszéj strony niedbałości a nawet winy. Doskonale uprawne pola, ładne i trwale we wioskach powznoszone budynki, liczne kościoły ze strzelistemi wieżycami okala urocze pasmo gór Beskidu. Pięknyto kraj ten Śląsk, a tyle w nim sadów, zieleni, lasów i pojedynczych grup drzew, że nieprzyzwyczajone oko do tego morza zieloności, nie może się nią nacieszyć, a nie podziwiać dowodów skrzętnéj pracowitości, napotykanych tu w obszernych folwarkach i w licznych fabrykach, będących przeważnie własnością Arcyksięcia Albrechta, która w saméın Księstwie cieszyńskiém, czyli w rdzeniu Śląska, obejmuje 13 mil kwadratowych.

Samo Jaworze, po niemiecku Ernsdorf, jest cząstką dóbr ziemskich hr. Saint-Genois, zawdzięczając swój zakład leczniczy od r. 1862 hr. Maurycemu St-Genois, ojcu teraźniejszego właściciela Jaworza, którzy dla wygody chorych z dawien dawna to miejsce dla świeżego powietrza i wybornéj żętycy odwiedzających, ustanowili miejscowego lekarza, założyli restauracyję, a zorganizowali wyrób i dostawę owczéj żętycy.

Wieś Jaworze, zamieszkała przez 2.100 polskiéj ludności, leży u stóp Beskidu odległa $^3/_4$ mili od miasta Bielska, wzniesiona około 360 metrów nad p. m., posiada 2 kościoły tj. rzymsko-katolicki i ewangielicki, hotel o 28 pokojach, tudzież stały urząd pocztowy i telegraficzny.

Cały zakład leczniczy Jaworza mieści się w bardzo rozległym starym i wspaniałym parku, otoczonym wzgórzami, a wyłącznie dla swych gości chorych przeznaczonym. Mnogość drzew szpilkowych w parku i sąsiednie świerkowe lasy Beskidu nastręczają czystego balsamicznego powietrza, a liczne wygodne chodniki z gęsto rozsianemi ławkami dają sposobność do bliższych przechadzek, do przebywania na wolném powietrzu i do miłego po spacerze spoczynku.

Klimat Jaworza jest podgórski, łagodny, jednostajny a bez nagłych zmian i przeskoków atmosferycznych. Średnie wartości stosunków klimatologicznych w miesiącach kuracyjnych (od maja do września) wykazały: ciepłotę 12·6°R., ciśnienie barometryczne 325 linij paryskich a 72° wilgotności.

Zakład leczniczy Jaworza rozporządza około 200 pokojami gościnnemi, mieszczącemi się: w gościnnicy (*Curhaus*), w budynkach łaziebnych, w pojedynczych bardzo schludnych wilach, a nawet w pałacu właściciela Jaworza. Cena dobrze umeblowanego pokoju (bez pościeli ale z usługą) bardzo jest przystępna, wynosi bowiem tygodniowo od 4 do 10 złr.

Jedném z arcypożądanych dla zdrojowisk, a nader odpowiednich, urządzeń zaleca się Zakład leczniczy Jaworza, a tém jest dobra restauracyja, od r. 1883 utrzymywana we własnym zarządzie Zakładu, nieliczącego bynajmniéj na jakiekolwiek z niéj zyski, ale dostarczająca smacznych, zdrowych potraw i w dostatecznéj ilości na potrzebę swych gości. Inspekcyja zakładu wraz z lekarzem bezpośrednio dozorują wspomnioną restauracyję, a kieruje nią z ich ramienia fachowy zawiadowca.

Sposoby tutejszego leczenia metodycznego są następujące:

I. Leczenia czyli kuracyje mleczne, polegające na wyłączném albo przeważném spożywaniu mleka krowiego świeżo od podoju, jakoteż i kwaśnego, którego dostarcza tutaj wzorowo urządzona mleczarnia pp. Kwizdów. Wyrabia się tutaj także żętyca z mleka owczego, któryto środek leczniczy systematycznie używany, znakomicie dopomaga do ożywienia przemiany materyi w naszym ustroju.

II. Leczenia hydropatyczne odbywają się w tutejszym zakładzie w oddzielnym budynku, w dwóch odrębnych jego oddziałach: jednym dla mężczyzn a drugim dla kobiet. W każdym z nich są gabinety do rozbierania się, ze sofami do zawijań i otulania w koce, szafy z numerowanemi półkami do przechowania bielizny kąpielowéj, tudzież w każdym oddziale jest oddzielna salka z należytemi przyrządami do wykonywania wszelkich zabiegów hydryjatrycznych.

Mianowicie znajduje się tutaj: basen (zbiornik cementowy z wodą nieustannie przepływającą), obszerne drewniane wanny do ogólnéj unormowanéj ciepłoty kąpieli, są tu urządzenia: do kąpieli natryskowych wszelkiego rodzaju i wszelkiéj dowolnie uprawidłowanéj ciepłoty, do kąpieli nasiadowych lub nożnych, tudzież do kąpieli parowych szafkowych. Jeden z tutejszych potoków rozlewa się w obszerny staw (z wodą bieżącą), służący do kąpiel rzecznych łącznie z pływalnią, zostając pod kierunkiem rutynowanego kąpielowego. Oprócz tego zakład ma urządzenia do kąpieli wanniennych ciepłych, tak sztucznych mineralnych np. solankowych lub żelezistych jakoteż igliwijowych. Nadto jest tu stała apteka pod kierunkiem magistra farmacyi, utrzymująca skład wód mineralnych. Przyrząd pneumatyczny podwójny Schnitzlera, tudzież elektroterapeutyczne przyrządy są również w zakładzie.

Mięsienie (*massage*) tak korzystne do usunienia przewlekłych pozapalnych wypocin powierzchownych, jakoteż gimnastyka lecznicza dla chorych, takowéj potrzebujących, bywają tutaj umiejętnie stósowane w celu leczniczym.

Do zaspokojenia potrzeb intelektualnych służy czytelnia gazet i wypożyczalnia książek, złożona z dzieł: polskich, niemieckich i francuskich. Do rozrywki i uprzyjemnienia jest orkiestra kąpielowa, fortepijan, bilard i kręgle, a wreszcie wieczorki z tańcami co czwartek urządzane.

Pragnącym zwiedzania gór nastręczy ku temu sposo-

bności uroczy Beskid (Klimczak 1118 metr., Magóra 1094 m., Stołów 1035 m., Błatna 918 m. itp.)

Godne zwiedzenia miejscowości są: Ustroń z wielkiemi hutami żelaznemi, wieś Wisła z początkiem królowéj rzek polskich, wreszcie starożytne miasto Cieszyn i Pszczyna ze swym wspaniałym parkiem i obszernym zwierzyńcem, leżąca w Śląsku pruskim.

W obec tylu zalet, dotyczących urządzeń tutejszego zakładu, w obec staranności o wygody w jego pomieszkaniach, a nadewszystko w obec znakomitego kierownictwa i troskliwéj opieki lekarskiéj dla chorych, pomocy tu szukających, nic dziwnego, iż tutejszy zakład z każdym niemal rokiem zyskuje na zaufaniu gości, a roczna ich liczba w ostatnich latach około 600 wynosi.

Oto wierny obrazek zakładu hydryjatrycznego w Jaworzu. Zaiste skromny to instytut leczniczy i nienapuszysty; ale racyjonalnie urządzony, we wszystko co przynależy zaopatrzony, a przedewszystkiém naukowo prowadzony, skoro jego kierownikiem jest wszechstronnie i gruntownie wykształcony lekarz.

Posługując się jednym tylko środkiem leczniczym, to jest wodą, i to wodą zwyczajną, nie możemy tu liczyć na jéj działanie chemiczne; ale ograniczeni jesteśmy do jej działania i wpływu na organizm termicznego i mechanicznego. Jakoż wszelkie działanie i skutki zwyczajnéj wody w celu hydropatycznym zastósowanéj, osiągamy albo drogą uregulowania ustrojowéj ciepłoty albo zmianami wywołanemi w krążeniu krwi albo podrażnieniem nerwów czulnych i ruchowych. Od uzdolnienia i poświęcenia lekarza, zakładem hydryjatrycznym kierującego, zawisły wyniki tego rodzaju kuracyi. Niełatwe jest tu jego zadanie, lubo na pozór profanom zdawaćby się mogło bardzo snadném, skoro hydroterapeuta leczy zwyczajną tylko wodą, najdawniejszém, najpowszechniejszém i elementarném lekarstwem, będącém już w użyciu od najpierwszych zawiązków ludzkiego społeczeństwa, dopóki mu prace Floyera (1697) a nadewszystko badania James Curriego (1792) nie zbudowały umiejętnéj podwaliny.

Wszakże nie tyle ściśle naukowe prace lekarzy: Hoffmanna, trzech Hahnów, Brandisa, Reussa, Pitschafta itd. itd., a nawet Fröhlicha *„Über die äusserliche Anwendung des kalten Wassers zur Mässigung des Fiebers* 1822," przyczyniły się do spopularyzowania hydroterapii, ile bezmyślny entuzyjazm dla prostego wieśniaka z Gräfenbergu, Wincentego Priesnitza (około r. 1833), skutkiem którego zwrócono ogólnie uwagę na skuteczność leczeń wodą zimną zwyczajną a niezmiernie rozpowszechniony ów śródek leczniczy, podany pod ścisłe badania lekarzy: Dra W. Petriego: *„(Die wissenschaftliche Begründung der Wassercur, Coblenz* 1853"), Dr. L. Fleurego (*„Traité pratique et raisonné d'hydrotcrapie, Paris* 1852) a wreszcie Drów Pinoffa (*„Handbuch der Hydrotherapie*") i prof. Winternitza: (*„Handbuch der Hydrotherapie,*") wywołał sprowadzenie hydryjatryi na fizyjologiczne i doświadczalno-kliniczne tory, mocą których utworzyła się z niéj oddzielna latorośl balneoterapii, o wiele gruntowniéj zbadana aniżeli inne gałęzie macierzystego jéj pnia.

Dr. M. Zieleniewski

Lekarz rządowy zakładu zdrojowego w Krynicy.

VI. III-ci Zjazd berliński poświęcony medycynie wewnętrznéj.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 24).

W dalszym ciągu posiedzeń mówił Leyden:

O zapaleniu istoty szaréj rdzenia i zapaleniu nerwów
(*poliomyelitis et neuritis*).

L. kreśli obszernie przebieg historyczny zapatrywań na najważniejsze kwestyje, dotyczące chorób rdzenia pacierzowego i podaje w końcu zapatrywanie swoje na porażenie Duchenna, twierdząc, że istnieje rozsiane ostre zapalenie nerwów podobne zupełnie do przyostréj postaci porażenia rdzeniowego Duchenna. Sprawa chorobowa wymieniona cechuje się klinicznie tém, że u człowieka przedtém zdrowego występuje porażenie odnóg zazwyczaj obustronne i to górnych i dolnych lub tylko ostatnich. Zrazu występuje tylko porażenie ruchu; bez odruchów ścięgnistych, późniéj pojawia się zanik. Zupełnie jak w porażeniu nerwu twarzowego można tutaj odróżnić trzy postacie, a doświadczenia dyjagnostyczne i lecznicze, uzyskane w przypadkach porażenia nerwu twarzowego, można przenieść na wymienione przypadki. Do objawów z zakresu ruchowego przyłączają się objawy czuciowe, mające znaczenie kliniczne, gdyż nie brakuje ich prawie w żadnym przypadku. Powstają mianowicie bóle rwące najsilniejsze na obwodzie, łączą się one z uczuciem bolesnego mrowienia i obumarcia. Przy dotykaniu powstaje bolesność nie w skórze lecz w mięśniach, częstokroć bywają pnie nerwowe w miejscach dotkniętych zapaleniem bolesne. Do tych objawów dołączają się zmiany w innych mięśniach, a mianowicie w zwieraczach i w nerwach, n. p. wzrokowym lub błędnym, wreszcie powstają zmiany odżywcze, a mianowicie obrzęki w okolicy nerwów dotkniętych sprawą zapalną. Zmiany w skórze, włosach i paznogciach mają podrzędne znaczenie. Przebieg bywa bardzo ostry i zbliża się do porażenia Landryego, w innych przypadkach przebiega sprawa wśród kilku tygodni i kończy się wyzdrowieniem, czasem przeciąga się nieco i kończy się również wyzdrowieniem. Rokowanie jest o wiele lepsze niż w zaniku mięśni postępującym, jakkolwiek w pierwszym okresie zagraża sprawa życiu chorego. Etyjologija wykazuje w niektórych przypadkach zaziębienie, najczęściéj sprawa łączy się z ostrym gośćcem stawowym, a łączenie to bywa tak częstém, że należy przypuścić pewną analogiję pomiędzy obiema sprawami. Leczenie bywa skutecznėm w tém schorzeniu, chociaż rokowanie jest pomyślném, odpowiednie leczenie przyspiesza powrót do zdrowia. Z początku zabiegi lecznicze są skierowane przeciw gośćcowym objawom choroby, wtedy poleca L. podawanie salicylanu sodowego, późniéj spokój jest przedewszystkiém wskazanym a za najszkodliwsze należy uważać przedwczesne ćwiczenia mięśniowe, które są wskazane dopiero z nastaniem regeneracyi, wtedy też odpowiedniém jest elektryzowanie.

Po dyskusyi nad tym przedmiotem, w któréj wzięli udział Schultze, Guttmann, Bernhardt i Remak zabrał głos **Löffler**, mając mówić:

O etyjologii błonicy.

Zbadaniu przyrzutu błonicy stoją dwie okoliczności na przeszkodzie, pierwszą z nich jest, że w miarę nasilenia zarazy występują rozmaite stopnie téj choroby, z różnorodnemi komplikacyjami, a obraz anatomiczny bywa niemniéj jak zmiany kliniczne nader rozmaity. Drugą przeszkodę stanowi położenie błony śluzowéj zazwyczaj przedewszystkiém dotkniętéj, a stykającéj się zawsze z powietrzem. Błona śluzowa przełyku jest siedliskiem najrozmaitszych pasorzytów tak, że trudno odróżnić wśród nich w danym razie te, które stanowią przyrzut chorobowy od tworów obojętnych. To też rezultaty badań dotychczasowych są nader niejasne

i częstokroć sprzeczne: Klebs posądził raz pewien rodzaj grzybka, to znów pewien prątek o sprowadzanie choroby; Heubner uważa wszystkie pasorzyty znalezione za twory przypadkowe, gdyż sztucznie wywołując błonicę, znajdował prątki na błonie śluzowéj, których na podstawie błon rzekomych nie mógł wykazać. L. zajął się powtórnie badaniem przyrzutu błonicy, hodował w tym celu rozmaite prątki i szczepił zwierzętom, wśród badań tych posługiwał się zmodyfikowanym sposobem barwienia, podobnym zresztą do pierwotnéj metody Kocha. Do badania użył L. materyjału z 32 chorych, rezultat jednak nie zawsze był jednaki, a mianowicie trzy grupy prątków można było odróżnić. Do pierwszéj zalicza prątki i koki najrozmaitsze, które nie stoją w pewnym typowym związku z dotkniętemi tkaninami. Do drugiéj koki łańcuszkowate, które pojawiały się stale na miejscach owrzodziałych; rodzaj ten znajdowano również w narządach wewnętrznych: wątrobie, śledzionie, sercu, nerkach i w płucach. Do trzeciéj grupy wreszcie należą kawałeczki opisane już na Zjeździe w Wiesbadenie przez Klebsa, które się mocno barwią, gromadzą się w warstwie powierzchownéj błony śluzowéj, tam gdzie się nie znajdują koki łańcuszkowate. L. podjął się hodowli dwóch ostatnich grup i te téż szczepił zwierzętom. Po zaszczepieniu tych koków powstawał obraz chorobowy zaledwie nieco przypominający dyfteryję człowieka, myszy ginęły po zaszczepieniu a piękne okazy łańcuszkowatego pasorzyta można było wykryć w narządach wewnętrznych, króliki dostawały zapalenia stawów, podobnie jak po zaszczepieniu koków róży Fehleisena, które są zresztą nieco podobne do powyższych łańcuszkowatych. L. sądzi, że te pasorzyty stanowią jedynie powikłanie z dyfteryją i pojawiają się w przebiegu innych spraw chorobowych, zajmujących błony śluzowe, nie są one jednak identycznemi z kokami róży Fehleisena. Szczepienia ostatnią grupą nie przyjmowały się u myszy i szczurów, małe ptaki ginęły dnia następnego, temu samemu losowi ulegały świnki morskie, a w miejscu zaszczepienia można było wykazać rozwój tych pasorzytów, sekcyja wykazywała obrzęki w okolicy, krwawo zabarwione wysięki w jamach opłucnowych. Przebieg po zaszczepieniu zdaje się, że przemawia za tém, że przyrzut wytwarza w miejscu zaszczepienia pewną istotę chemiczną, która wchłoniona przez naczynia i rozprowadzona po organizmie sprowadza zmiany w narządach wewnętrznych. Na spojówkach tworzyły się już na trzeci dzień błony rzekome jak niemniéj w tchawicy a badanie zwłok dzieci zmarłych z błonicy wykazało też same prątki tylko w jednem przypadku na 30 zbadanych. Na podstawie tych spostrzeżeń wnosi L., że prątki te mają pewne znaczenie w etyjologii błonicy, jakkolwiek kwestyja ta nie jest tym sposobem jeszcze całkowicie załatwioną. Prątki znajdują się na powierzchni błon rzekomych i ztąd sprowadzają chemiczne zatrucie organizmu, tak więc wskazaném jest wczesne usuwanie tych błon.

W końcu zastanawia się L. nad pewną chorobą gołębi i cieląt. Na ostatnich hodował on prątki, które znajdowały się w mazistém obłożeniu języka i w wątrobie; po zaszczepieniu gołębiom powstawał u nich również rozpad wątroby. Cielęta zapadają na błonicę głęboką (*diphtheritis profunda*), prątki téj choroby szczepione w oko królika wywołują zapalenie całéj gałki ocznéj i ogniska w narządach wewnętrznych. Zajmującém jest spostrzeżenie, że królik, który lizał takie oko, zapadł na podobne schorzenie końca języka i ogniska zapalne wykazano również w narządach wewnętrznych. Odpowiadałoby to przenoszeniu błonicy przez całowanie.

Weber z (Londynu) mówił:

O higijenie szkół w Anglii, zwłaszcza w obec wybuchu chorób zakaźnych.

W Anglii nie przyczyniają się wcale odpowiednie rozporządzenia, lecz z dawien dawna istniejący sposób wychowywania młodzieży do wykonywania wymagań higijeny w sposób najodpowiedniejszy. Mowca przedstawia sposób wychowywania i kształcenia młodzieży, wspomina krótko o niektórych brakach pod względem higijeny, usprawiedliwia je jednak tém, że nie ma tam wcale odrębnych przepisów dla szkół, które mają się stosować do przepisów wydanych w ogóle dla mieszkań w roku 1875. Szkołom niestosującym się odciąga się pewne kwoty z wyznaczonéj dotacyi, a nadzór powierzony jest lekarzom. Co do chorób zakaźnych to i w tym względzie obowiązują przepisy ogólnie obowiązujące. Dla wyższych klas szkół są już osobni lekarze zakładowi, mający zwracać uwagę na nieodpowiednie urządzenia i strzedz przed zawlekaniem chorób zakaźnych do szkół lub rozwlekaniem za pośrednictwem tychże. Wyższe szkoły posiadają po największéj części małe własne szpitale, urządzone z uwzględnieniem odosobnienia chorób zakaźnych. Jakkolwiek urządzenia higijeniczne w Anglii nie są wcale na niskim stopniu, to jednak potrzeba zdaniem W. osobnych rozporządzeń dla szkół, a zwłaszcza poruczenia nadzoru osobnym lekarzom, którzyby rozwijali działalność energiczną w przypadkach chorób nagminnych.

Następnie okazał Stahl:

Mikroorganizmy kału ludzkiego.

Doświadczenia w tym kierunku przedsiębrano w cesarskim Urzędzie zdrowia; dotąd udało się odróżnić 25 rozmaitych rodzajów pleśni, drożdży i mikrokoków, a zwłaszcza prątków, liczba ta będzie bez wątpienia wkrótce zwiększoną. Baginsky zauważył przy téj sposobności, że zajmując się patologiją przewodu pokarmowego u dzieci nie mógł w ścianach zdrowego jelita wynaleźć mikroorganizmów, podczas gdy w ścianach kiszek schorzałych, a zwłaszcza w gruczołach Lieberkühna i kępkach Peyera, napotykał najrozmaitsze pasorzyty, które nie powstały wcale w skutek gnicia ani też nie mogły dostać się tamże z treści jelita na drodze czysto mechanicznéj.

Finkler: **O papajotynie.**

Papajotyn jest, jak wiadomo, środkiem, który może w pewnych warunkach trawić białko. Nieskuteczność rozmaitych jego rodzajów polega prawdopodobnie na sposobie wytwarzania środka, przy czém zaczyn trawiący ulega zniszczeniu. F. używał papajotynu sprowadzonego wprost z Ameryki południowéj od chemików Niemców, a przetwór ten trawił 1000 razy większą ilość białka (na wagę) w czasie stosunkowo krótkim. Trawienie to odbywa się tak dobrze w roczynie kwaśnym jak alkalicznym lub obojętnym, a własność ta czyni środek odpowiednim do stosowania przy odżywianiu za pomocą enem.

Jak to już dawniéj głoszono rozpuszcza papajotyn błony rzekome powstające w przebiegu błonicy i to tak, że błony te nikną w krótkim czasie albo odrywają się dobrowolnie a po nich nie powstaje ani broczenie, ani też głębsze owrzodzenie. Po usunięciu błon rzekomych opada szybko ciepłota tak, że już nie ma n. p. wzniesienia ciepłoty wieczorem, skoro błony po południu dnia tego odeszły. Sprawę skuteczności papajotynu można uważać ze stanowiska naukowego za stanowczo załatwioną, praktyce pozostaje jedynie postarać się o środek, zabezpieczyć się co do jego skuteczności i czy-

nić dalsze próby nad stosowaniem go do tworzenia sztucznych soków trawiących. Rossbach twierdzi, że kto utrzymuje, iż za pomocą papajotynu nie mógł rozpuścić błon rzekomych, ten, albo nie umiał sobie postąpić odpowiednio, albo też nie miał papajotynu w rękach.

Rossbach: O nowém zastosowaniu naftalinu w lecznictwie.

Jak dla dyjagnostyki chorób przewodu pokarmowego, sprowadzających biegunkę, zyskano podstawy naukowe dopiero w nowszych czasach, tak też i leczenie tych chorób jest dopiero w pierwotnym okresie rozwoju. Dotąd rozporządzano tylko 4-ma grupami leków, z których podawano kalomel i olej rącznikowy, aby błonę śluzową uwolnić od działania drażniących i gnijących mas kałowych, makowiec, aby uspokoić ruch robaczkowy, środki sczmiące: garbnik, azotan srebrowy, octan ołowiowy i t. p., aby ściągnąć rozpulchnioną błonę śluzową i zagęścić masy kałowe, a wody alkaliczne, aby wpłynąć korzystnie na krążenie w żyle bramnéj. Odkąd poznano przemianę kalomelu w jelicie w sublimat, obiecywano sobie wiele po jego przeciwgnilnych własnościach. Nadzieje zostały zawiedzione przez to, że nie można było spodziewać się wprowadzić do jelita jakikolwiek środek przeciwgnilny w ilości dostatecznéj. To też skłoniło R. do doświadczeń nad podawaniem naftalinu, który zabija pasorzyty niższego rzędu, a dla człowieka i zwierząt wyższych jest zupełnie nieszkodliwym, małe dawki powiększają łaknienie, a największa ilość odchodzi z kałem niezmieniona tak, że ludzie mogą przez kilka tygodni używać tego środka po 5 grm. dziennie. O znakomitém działaniu naftalinu przekonał się R. w przebiegu przewłocznych nieżytów przewodu pokarmowego z owrzodzeniami lub bez nich, jeżeli tylko nie powstały na tle sprawy chorobowéj nieuleczpéj, n. p. nowotworowéj. Doświadczeń nad wpływem na sprawy gruźlicze w jelicie i na sprawę durzycową nie ukończył autor dotąd; dawka dzienna była zazwyczaj 0·5 grm. Małe ilości środka przechodzą w mocz już to jako naftalin, już też to jako fenol, co sprawia, że środek działa znakomicie w nieżycie pęcherza moczowego. Chorzy znoszą dobrze czysty naftalin, a dla pokrycia przykréj woni można dodać kilka kropel olejku bergamotowego. (C. d. n.)

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Cholera we Francyi południowéj sroży się ciągle, a liczba dziennie umierających jest dosyć znaczną, jakkolwiek cyfry prawdziwéj urzędowo nie podają. Dotychczas ogarnęła Toulon, Marsylíję, Aix i Nimes, a więc same miasta nad morzem Śródziemném lub w bliskości onego położone, a zważywszy, że miesiąc już upłynął od wybuchu w Toulonie, szerzenie się zarazy byłoby w każdym razie dosyć powolne. Jeżeli jednak sprawdzą się ostatnie wiadomości, według których zaraza miała pojawić się już w Lugdunie, byłby to postęp bardzo smutny z dwóch przyczyn, raz, że choroba przestaje trzymać się wybrzeża śródziemnego, wzdłuż którego dawniéj postępowała, i przeciwnie kieruje się ku wnętrzu Francyi, a powtóre, że Lugdun jest po Paryżu największém miastem Francyi, słynącém z urządzeń swych sanitarnych, którego dawniéj cholera nie nawiedzała; przynajmniéj epidemijologowie pomiędzy miastami dotychczas cholerze nie podległemi obok Birminghamu w Anglii, Monastyru w Westfalii wymieniają i Lugdun. Ztąd do Paryża byłby już krok niedaleki, a wtedy istotnie ziściłaby się smutna przepowiednia Kocha, że zaraza ogarnie cały ląd stały.

Koch tymczasem zwiedził Toulon i Marsylíję a obecnie znajduje się w Bernie szwajcarskiém wracając do Niemiec. Zasady, które głosił podczas pobytu swego we Francyi i rady profilaktyczne, które udzielał merom i lekarzom w Toulonie i Marsylii, o ile na doniesieniach dziennikarskich polegać można, opierają się głównie na jego przypuszczeniu, że odkryty przezeń prątek choleryczny jest istotną i jedyną przyczyną zarazy i że przyrzut ten rozwija się w wilgoci a ginie już w kilka godzin po zaschnięciu. Ztąd oświadcza się przeciw skrapianiu ulic i za prażeniem bielizny itd. Z tém zapatrywaniem Kocha nie zgadzają się lekarze francuscy, a głównie Pasteur, a ponieważ nadto w radach Kocha dopatrzyć się można pewnéj sprzeczności, (powtarzamy, o ile wierzyć można dziennikom, bo urzędowego sprawozdania dotąd nie ma), ponieważ następnie Koch w każdym razie dopuścił się nieostrożności, o ile w Berlinie odezwał się, że w obec nowego wybuchu zarazy świat nie będzie już bezbronnym, a oświadczenie to jego tak dalece uważano za stanowcze, że minister Bötticher z krzesła ministeryjalnego w parlamencie berlińskiém nie wahał się powtórzyć go i uspokoić opiniję publiczną, więc zdumienie i rozczarowanie było tém większém, gdy zamiast wyjawienia swéj tajemnicy, któréj świat cały wyczekiwał, Koch miał w Toulonie oświadczyć, że przeciw cholerze nie ma właściwie środka i że najodpowiedniejszym lekiem — jest opium. Gdy wreszcie i jego zdanie co do niepożyteczności kordonów natrafia na opozycyję, tém bardziéj, im więcéj ono pozostaje w sprzeczności z zachowaniem się prątka cholerycznego,—więc nie tylko lekarze tracą bezwzględną wiarę w orzeczenie Kocha, ale świat lekarski z wielką krzywdą dla zasłużonego, trzeźwego badacza, któremu nauka tyle zawdzięcza, zaczyna wyrażać się o nim niepochlebnie, posądzając go po prostu o przesadę, o blagę. Ztąd wyniknąć mogą następstwa smutne! *Roma deliberante Saguntum perit*—badacze i epidemijologowie kłócą się, wręcz przeciwne głosząc zdania, a ogół nielekarski tracąc tymczasem wszelkie zaufanie, a nie umiejąc oczywiście ze swéj strony rozstrzygnąć sporu o „sucho lub wilgotno,“ gotów zaniechać wszelkich ostrożności lub postąpić według własnego widzimisię i tym sposobem śród zamętu nagle o niewczasie powstałego cholera tém dotkliwiéj ludzkości może dawać się we znaki. Oby sytuacyja jak najprędzéj się wyjaśniła a mogłoby się to stać, gdyby rząd pruski czémprędzéj ogłosił sprawozdanie Kocha, aby lekarze na podstawie dokumentu autentycznego mogli wyrobić sobie zdanie.

* „Dziennik Polski“ donosi, że połączone Rady sanitarne, krajowa i miejska, odbyły dnia 14 bm. o godz. 10 posiedzenie. Wybrano przez aklamacyję prezydentem p. Namiestnika Zaleskiego, drugim prezydentem p. Wacława Dąbrowskiego, pierwszym wiceprezydentem Dra Biesiadeckiego, drugim Dra Czyżewicza. Ustanowiono Komisyję złożoną z pp. Hoszarda, Krówczyńskiego i Widmana celem ułożenia instrukcyi dla lekarzy i komisarzy cholerycznych, oraz wskazania sposobów, w jaki lekarze prywatni mają władzom donosić o przypadkach zasłabnięcia i śmierci z cholery. Ta sama Komisyja ma ułożyć pouczenie dla księży celem ogłoszenia z ambon ludowi, jak się ma zachować w razie wybuchu epidemii. Drugą Komisyję, składającą się z pp. Czyżewicza, Wąsowicza, Opolskiego, Piepesa, Kochanowskiego i Żulińskiego, wybrano celem wypracowania instrukcyi dla komisarzy cholerycznych po powiatach, tudzież w dzielnicach miast poszczególnych.

Daléj postanowiono wezwać prezydyjum Magistratu lwowskiego, aby na najbliższém posiedzeniu połączonych Rad przedłożyło projekt podziału miasta na dzielnice, urządzenia izb ratunkowych z oznaczeniem ilości tychże, prócz tego wykaz wozów i noszy, oraz zażądano wymienienia lekarzy przeznaczonych do izb ratunkowych. Daléj polecono prezydyjum Magistratu, aby podało do wiadomości Rad połączonych swoje zarządzenia pod względem czyszczenia kanałów, placów, ulic, stawów, studzien, handlów skór itd., z wymienieniem komisyj, którym nadzór nad wykonaniem tych zarządzeń polecono. Przytém postanowiono prosić Magistraty, aby do komisyi téj zaproszono pp. Dra Czyżewicza i radcę Magistratu p. Łyszkowskiego, a celem skuteczniejszego działania postanowiono zawezwać do komisyi jednego z funkcyjonaryjuszów policyi.

Również postanowiły połączone Rady sanitarne wezwać jeneralną komendę, aby delegowała dwóch lekarzy wojskowych do udziału w pracach Rad sanitarnych.

Na posiedzeniu tém obecnych było 23 członków, z których 14 miało prawo głosu.

* Otrzymaliśmy następujący list:

Doniesienie p. Klaczki rozniesione prawie przez wszystkie czasopisma o skuteczności wyziewów ropy, t. j. surowca nafty

w cholerze i w innych epidemicznych chorobach, jest zbyt śmiało i prawie bezpodstawnie rzucone. Cholera grasująca bowiem w 1873 r. nie oszczędziła nawet miejscowości w powiecie Gorlickim najobficiéj z całéj Galicyi kopalniami ropy obdarzonych. Zabierała swe ofiary w Ropicy ruskiéj, w Sękowy, w Siarach, w Męcinie wielkiéj, w Pętny, w Lipinkach i Wójtowy, jeżeli nie w większéj to w równéj ilości jak w innych miejscach.

Według statystycznych dat z roku 1873 o cholerze w powiecie Gorlickim w miejscowościach naftodajnych:

w Ropicy ruskiéj na	646 mieszkańców	164 zachor.,	39 umarło
w Sękowy	„ 807	„ 54	„ 17	„
w Siarach	„ 743	„ 69	„ 18	„
w Męcinie wielkiéj	„ 451	„ 95	„ 39	„
w Pętny	„ 693	„ 121	„ 25	„
w Lipinkach	„ 1226	„ 128	„ 25	„
w Wójtowéj	„ 1154	„ 143	„ 26	„

Porównywając np. beznaftową miejscowość Gorlickiego powiatu jak Moszczanicę z 2.784 mieszkańcami lub Kobylankę z 1162 mieszkańcami, gdzie w pierwszéj tylko 19, w drugiéj tylko troje umarło w skutek cholery, widzimy, że profilaktyczna skuteczność wyziewów ropy równa się zeru. Tak samo ma się i z innemi epidemicznemi chorobami, jak np. durem, czerwonką itd., które prawie rok rocznie nawiedzają te naftodajne okolice.

Skuteczności jednak ropy i wyziewów téjże nie można odmówić w niektórych tylko słabościach skórnych i przeważnie piersiowych, ale i to tylko u osób bezpośrednio stykających się, jak u górników, u których tak z ostremi jak i przewlekłemi cierpieniami płuc rzadko kiedy lekarz ma do czynienia. Jedynie u robotników pracujących w destylarniach surowca nafty jak i w najbliższém otoczeniu destylarń bardzo rzadko kiedy epidemiczne choroby występują, a to w skutek wyziewów kwasu siarkowego (używanego do destylacyi nafty), zmieszanego z lotnemi częściami oleju skalnego i przesiąkania ziemi odpadkami destylatu.

Obecnie chciałem błędne doniesienie p. Klaczki, chociaż w najlepszéj myśli podniesione, o tyle sprostować, aby nie wpływało na pokładanie zaufania w środku takim, który według doświadczenia na miejscu uczynionego wcale nie okazał się chroniącym nietylko od cholery ale i od innych chorób epidemicznych.

Gorlice 13 lipca 1884. *Dr. K. Bielczyk.*

○ W Senacie Stanów Zjednoczonych uczyniono wniosek wyznaczenia nagrody 100.000 dolarów, która ma być przyznaną temu, ktoby odkrył istotny przyrząt febry żółtéj lub wskazał drogę zapobieżenia lub zmienienia pod względem materyjalnym sposobu szerzenia się choroby. *(Lancet).*

○ **Paryż.** Dr. Brouardel został mianowany prezydentem Rady zdrowia departamentu Sekwany w miejsce zmarłego niedawno Wurtza.

S t a t y s t y k a e p i d e m i j. W tygodniu od 29 czerwca do 5 lipca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 39.3. Z ospy umarło 2 (5 z. t.); z płonicy 1 (0 z. t.); z błonicy 1 (0 z. t.); z duru brzusznego 2 (0 z. t.); z duru osutkowego 2 (0 z. t.); z zimnicy 1 (0 z. t.); z kiły 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 6 przypadkach odry, 4 płonicy, 1 duru osutkowego. W tygodniu od 22—28 czerwca ospa w Londynie prawdopodobnie już się przełamała. Świeżo zapadło 271 (376 z. t), leczyło się w szpitalach 1373 (1406 z. t.), umarło 29 (20 z. t.). W Manchester, Odesie, Granadzie umarło po 1, w Lizbonie 2, w Wiedniu, Budapeszcie, Petersburgu, Turynie, Madrycie (od 14—20 kwietnia) 3, w Rzymie (od 20—26 kwietnia) 4, w Liwerpolu i Brukselli po 5, w Bombayu (od 27 maja do 3 czerwca) 8, w Nowym Orleanie 9, w Pradze 15, w Kalkucie (od 4—10 maja) 20, w Madrasie (od 3—9 maja) 68. Z duru osutkowego umarło w Amsterdamie, Londynie, Warszawie, Odesie, Maladze, Murcyi, Saragosie, Granadzie po 1, w Palmie 3. Z cholery umarło w Kalkucie od 4—10 maja 91, w Bombayu od 27 maja do 3 czerwca osób 11.

S t a t y s t y k a ś m i e r t e l n o ś c i. W tygodniu od 22—28 czerwca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców w Krakowie 33,4; w Warszawie 23,7; w Poznaniu 29,4; w Wiedniu 27,3; w Bupeszcie 37,5; w Pradze 38,8; w Tryjeście 23,5; w Berlinie 26.6; w Hamburgu 24,2; we Wrocławiu 29,9; w Gdańsku 18,8; w Muichowie 32,3; w Dreźnie 25,8; w Lipsku 25,6; w Genewie 24,3; w Amsterdamie 26,0; w Paryżu 22,3; w Londynie 19,1; w Kopenhadze 23,2; w Stokholmie 24,0; w Chrystyjanii 16 8; w Petersburgu 31,9, w Odesie 39,9; w Rzymie 31,6; w Wenecyi 24,5; w Bukareszcie 25,8; w Madrycie 28,2; w Lizbonie 22,9; w Aleksandryi 40,0; w Nowym Jorku 23,6; w Filadelfii 19,9; w Bombayu 26,3; w Madrasie 40,1. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 17 lipca. Redaktor Przeglądu Lek. wyjeżdża na wakacyje (Adres jego: Grundlsee obok Aussee w Styryi). Pod niebytność jego tak jak poprzedniemi laty obejmuje redakcyję prezes Tow. lek. Dr. K w a ś n i c k i, (ulica św. Anny 4), który téż załatwiać będzie wszystkie korespondencyje spraw redakcyi dotyczące.

* Rozprawa prof. M i k u l i c z a o transfuzyi krwi i soli kuchennéj okazała się w *Wiener Klinik,* jako zeszyt 7my tegoroczny. *W. Med. Woch.* zaś drukuje obecnie rozprawę docenta F i n g e r a o kiłowych schorzeniach stawów itd. Obie te rozprawy, jak wiadomo, ukazały się poprzednio w P r z e g l ą d z i e L e k.

* **Ruch kąpielowy.** W G i e s s h ü b l u do d. 10 bm. było gości 175; w G a i n f a r n 704, w T r u s k a w c u 518, w C i e p l i c a c h c z e s k i c h 4194, w K r y n i c y 1143, w S z c z a w n i c y 1202, w L u b a c z o w i c a c h 690.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. n. lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Edward K a w e c k i rodem ze Stryja, Kazimierz M i d o w i c z z Uszwi, Emilijan L e b e d o w i c z z Kołomyi, i Teodor B ł o t n i c k i z Dzikowa.

* **Nekrologija.** Zmarły w przeszłym tygodniu prof. Edward J ä g e r urodził się d. 25 czerwca 1818 w Wiedniu; był on synem słynnego okulisty Fryderyka J ä g e r a i wnukiem słynniejszego jeszcze B e e r a. W r. 1841 otrzymał w Akademii józefińskiéj w Wiedniu stopień doktora medycyny i mianowany został starszym lekarzem wojskowym i asystentem przy Akademii. W r. 1848 wystąpił z wojska i założył w Wiedniu fabrykę broni; będąc biegłym mechanikiem sam skonstruował broń odtylcową i miał nadzieję, że Rząd austryjacki broń tę od niego odkupi, gdy z powodu stanu oblężenia w r. 1851 zamknięto mu fabrykę i broń skonfiskowano. Od r. 1849—1857 wspólnie z ojcem kierował prywatnym zakładem dla chorych na oczy a w r. 1853 habilitował się jako docent prywatny. W r. 1855 wykonał świetną operacyję oczną na ówczesnym ministrze oświecenia hr. Thunie, a pomimo to, gdy we dwa lata późniéj zawakowała po Rosasie katedra okulistyki w Wiedniu, tenże sam minister sprowadził z Pragi Arlta, pomimo opozycyi Wydziału, a równocześnie zamianował Jägera prof. nadzwyczajnym. W tymże roku Jäger mianowany został prymaryjuszem w szpitalu powszechnym, a dopiero po ustąpieniu Arlta mianowany został profesorem zwyczajnym, będąc już mocno schorzałym. W ogóle cały żywot jego był pasmem niepowodzeń; prace naukowe jego, tak rozpowszechnione, nie tylko mu dochodu nie przysporzyły, ale wtrąciły go w długi, które powoli spłacał; żonę stracił po kilkoletniém zaledwie pożyciu; umarł biednym pozostawiając syna, który jest technikiem, i córkę. Natomiast prace jego naukowe zapewniają mu trwałą i zaszczytną pamięć, a szereg znakomitych okulistów, których wykształcił, świadczy najlepiéj o jego zdolnościach i zasługach.

Temi dniami umarł pod Wiedniem docent prywatny ginekologii Dr. M a s s a r i, zięć Karola Brauna.

Piśmiennictwo lekarskie: Szóste sprawozdanie roczne Zakładu leczniczego dla ubogich chorych na oczy Dra B. Wicherkiewicza w Poznaniu za rok 1883, poświęcone uczestnikom IV Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich dzieli się na dwie części. Pierwsza z nich obejmuje wiadomości dotyczące administracyi i stosunków finansowych Zakładu, druga, wiadomości lekarskie i naukowe. Z pierwszéj dowiadujemy się, że liczba chorych stałych i przychodnich wzmogła się znów w ostatnim roku. Ten przyrost chorych tudzież ulepszenia zaprowadzone w Zakładzie, a mianowicie wyprowadzenie kominów odwietrzających, pociągnięcie kilku sal farbą olejną i urządzenie kilku nowych pokoi dla chorych są powodem znacznego zwiększenia wydatków; tak, że mimo wciągnięcia w budżet nadwyżki z r. 1882 w kwocie 384 m. okazał się z końcem roku chwilowy niedobór 1105.55 m., który powinien znaleźć pokrycie w należytościach

zaległych w kwocie 1174 m. Główną przyczyną niedoboru jest zwiększająca się co roku liczba chorych, pomieszczanych w Zakładzie bezpłatnie. Chorych takich było w ostatnim roku 187, t. j. o 18 więcéj niż w roku poprzednim, a utrzymanie téj nadwyżki chorych przez 379 dni kosztowało 475 m. co się niemal połowie niedoboru równa. Zasiłek sejmu, udzielony i w tym roku w kwocie 4.000 m., obowiązuje Zakład do bezpłatnego utrzymania rocznie tylko 100 chorych. Pielęgnując i lecząc niemal podwójną liczbę chorych bezpłatnie Zakład szczodrą ręką świadczy dobrodziejstwa ponad obowiązek, tém słuszniéj utyskuje téż sprawozdawca na tych chorych, którzy dobroczynność niesumiennie wyzyskiwali uchylając się, mimo możności, od uiszczenia zapłaty. Dobrowolne składki stałe i jednorazowe zwiększyły się nieco w roku 1883, głównie dzięki większemu datkowi hr. Skórzewskiéj, a wyniosły 335 m. Podzielamy najzupełniéj zdziwienie sprawozdawcy, że z wyjątkiem magistratu krotoszyńskiego inne gminy, stowarzyszenia, fabryki i cechy nie pospieszyły dotąd z zawarciem umów, na mocy których pod nader korzystnemi warunkami, ogłoszonemi w sprawozdaniach dawniejszych, nabyć mogą prawa odsyłania swoich chorych za stałą roczną opłatą. Umowy takie przyniosłyby obopólną korzyść, zapewniłyby bowiem ubogim chorym tanią opiekę i umiejętną pomoc lekarską, z drugiéj zaś strony przyczyniłyby się do utrwalenia bytu i dalszego rozwoju Zakładu, z którego Wielkopolska dumną być powinna. Tyle co do strony administracyjnéj i finansowéj. — Z drugiéj części przekonywamy się, że ruch chorych wzmaga się ciągle, a w roku 1883 liczba leczonych po raz pierwszy przekroczyła trzeci tysiąc i wynosiła 3149, z których 2026 przypada na zakład ubogich. Z ogólnéj liczby 3149 chorych wyzdrowiało 2379, doznało polepszenia 705, nieuleczonych było 8, z powodu nieuleczności wcale nie leczono 28, jednorazowéj porady zasięgnęło 469, pozostało w kuracyi 60. Polaków było 2001, Niemców 782, Żydów 356, innych narodowości 10. Zakład ma 52 łóżek, a mianowicie w klinice prywatnéj 6, w klinice ubogich 46. W pierwszéj leczono 50 chorych przez 565 dni, w ostatniéj 433 chorych przez 9,859 dni, razem 483 przez 10,424 dni.

W dziale „Wiadomości kliniczne“ spotykamy się z spostrzeżeniem, że jaglica, w Wielkopolsce bardzo rozpowszechniona, pojawiała się rzadziéj niż w latach poprzednich, do czego, jak sądzimy, przyczyniło się zbawienne działanie Zakładu. Doświadczenia z jequirity, ponowione w roku 1883, nie przemawiają na korzyść tego środka a Dr. W. nie wątpi, że niebawem pójdzie on w zapomnienie. Chorzy dotknięci jaskrą dość często zgłaszają się za późno o pomoc, jużto z własnéj, jużtéż z winy złych doradców. W kilku przypadkach stożkowatości rogówki szkła hyperboliczne, zalecane przez Raehlmana, polepszyły wzrok znacznie. U mężczyzn przeważały wady refrakcyi, u kobiet zboczenia akomodacyi. Żegadło galwaniczne, stosowane częściéj niż dawniéj, okazało się najskuteczniejszém w przypadkach ropnego zapalenia rogówki (wrzody, nacieki ropne). Jodoform usprawiedliwiał dobrą swoją reputacyję, znajdował jednak nieco mniéj rozległe zastosowanie z powodu woni wstrętnéj, mianowicie po operacyjach na gałce ocznéj zastąpiono go z dobrym skutkiem stężonym rozczynem kwasu borowego. Operacyj większych wykonano 345, a z nich 323 z wynikiem dobrym, 18 z miernym a 4 ze złym. Operacyj na soczewce uskuteczniono 77, między niemi 30 sposobem obwodowym linijowym Graefego (wynik dobry 25, mierny 4, zły 1 raz); irydektomij wykonano 48; irydotomij według Weckera 18, wszystkie z dobrym skutkiem. Wysoką liczbą (62) uderzają operacyje podwinięcia powiek i rzęs (*trichiasis*), wykonane różnemi sposobami. Nie podobna podawać w streszczeniu, przeznaczoném do pisma niespecyjalnego, więcéj szczegółów, odesłać więc musimy ciekawego czytelnika do samego sprawozdania. Nadmienimy jeszcze tylko, że, jak w latach poprzednich, tak i obecnie Dr. W. stara się o usunięcie panujących między publicznością przesądów i uprzedzeń w rzeczach dotyczących zdrowia, a w szczególności w dziedzinie okulistyki. W tym roku podaje sprawozdawca przystępne wiadomości o istocie, przyczynach i leczeniu zapalenia współczulnego, tudzież o oku sztuczném. Całe sprawozdanie robi na czytelniku jak najkorzystniejsze wrażenia tak co do wzorowéj administracyi, jakotéż co do umiejętnego kierunku Zakładu, którego założyciel i kierownik z całą usilnością śledzi za postępem nauki a jego zdobycze szczęśliwie stosuje dla dobra cierpiącéj ludzkości i obraca na korzyść naszego piśmiennictwa lekarskiego. Takie wrażenie odnieśli téż razem z podpisanym niezawodnie wszyscy, którzy podczas Zjazdu poznańskiego mieli sposobność poznać sympatycznego kolegę i jego Zakład. *Dr. Rydel.*

Apteczka domowa przez Prof. Dra I. N. Nussbauma. Przekład z niemieckiego podług najnowszego wydania z upoważnienia autora dokonany. 8vo małe, str. 91 i IV. Warszawa, nakładem księgarni T. Paprockiego i Spółki, 1884.

Biorący do ręki książeczkę z tym tytułem sądzić może, że znajdzie w niéj wiadomości o urządzeniu podręcznéj apteczki tak nieraz potrzebnéj na wsi. W mniemaniu swém zostaje zawiedzionym, jestto bowiem mały zbiór zasad higijeny, wskazujący, jak się zachować należy, jak otoczenie urządzić, aby chorobie nie uledz. Ostatni nawet rozdział noszący nazwę „apteczka domowa“ nie jest zestawieniem leków, ale opiewa, jak zachować się w nagłych przypadkach, jak nieść pomoc w nagłych przypadkach przed przybyciem lekarza, jakie mają znaczenie początkowe objawy chorób, np. gorączka itp., jak postępować w rozpoczynających się chorobach, zanim lekarz przybędzie, aby choremu nie zaszkodzić, ale owszem ulżyć i dalsze leczenie ułatwić. Jedném słowem jestto bardzo dobra i odpowiednia książeczka dla nielekarzy, dowodem tego, iż w ciągu dwóch lat doczekała się trzech wydań po niemiecku, a należy mieć nadzieję, że i u nas znajdzie ona przychylne przyjęcie. Przy innéj sposobności zwróciliśmy uwagę, jaki pożytek przynoszą dla leczenia odpowiednie książki dla nielekarzy, jak ułatwiają lekarzom ich zadanie i jak z tego powodu lekarze popierać winni rozpowszechnienie tego rodzaju książek — dla tego téż zwracamy uwagę czytelników na książeczkę, o któréj mowa. *G.*

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 27: Markiewicza (z Kiszyniewa): Białko, pepton i ptomainy (dok.). W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 28: Projekt przepisów, mających na celu ograniczenie cholery, w razie wybuchu takowéj w Warszawie, wypracowany przez Redakcyję; Fabiana: Hemoglobinemija i hemoglobinuryja (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. J. ROGOWICZ: Kilka słów o leczeniu ostréj niedokrwistości u rodzących. (Odbitka z „Medycyny“), in 8vo str. 9.

Tenże: Przepisy dla akuszerek, jakie mają zachować przy obsłudze rodzących i położnic. (Odbitka z „Medycyny“), in 8vo str. 8.

Doc. Dr. K. CHODOUNSKY: Sjezd polských lékařův a přirodozpytcův v Poznani. V Praze 1884, in 8vo str. 8.

Dr. Leopold GLÜCK (w Foči): Über die Sanitätsverhältnisse unseres „Occupationsgebietes.“ (Odbicie z „W. med. Presse“ 1884) in 8vo str. 22.

Sprawozdanie c. k. krajowéj Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych Galicyi za rok 1881 i 1882, Lwów 1884, in 8vo maj. str. 55 i XXXIX.

Dra DANIŁŁY (w Petersburgu): O prizrienii tak nazywajemych pomieszannych prestupnikow. (Odbitka z „Wiestnika psych.“ in 8vo str. 36.

Wiestnik kliniczeskoi i sudebnoi psychiatrii i newropatologii. Powremennoe izdanie pod redakciei prof. Mierzejewskiego. God wtoroi, wypusk 1, z 1 ryciną w tekscie i 3 tabl. chromolit. Petersburg 1884, in 8vo str. 348.

Piśmiennictwo lekarskie. BERGMANN E. v. Die Schicksale der Transfusion im letzten Decennium. Rede. 8 Berlin, Hirschwald. N. — 60.

BLAU L. Diagnose u. Therapie bei gefahrdrohenden Krankheitssymptomen. 2 Auflage 2 Hälfte. gr. 8. Leipzig. Denicke. M. 5.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Z zapomogi Kasy pomocy dla osób pracujących na polu naukowém wydane zostały następujące dzieła, których skład główny w księgarni E. Wende i Sp. (Warszawa Krakowskie przedmieście Nr. 9).

T. H. Huxley, Wykład biologii praktycznéj. Przekład A. Wrześniowskiego 1883. Cena rs. 1.

Sprawozdania z piśmiennictwa naukowego polskiego w dziedzinie nauk matematycznych i przyrodniczych. Rok I. Cena rs. 1.

Na rzecz Kasy sprzedaje się:

Boberski W. Powstawanie gór i lądów. Cena 25 kop

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narozny.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 26 lipca 1884. **№ 30.** **Rok XXIII.**

I. Z kliniki okulistycznéj prof. Dra Rydla.

Spostrzeżenia kliniczne nad zaćmą i jéj operacyją poczynione od 1go stycznia 1878 po koniec 1882 roku.

Podał Dr. E. Machek,
docent w Uniw. Jagiell. i b. asystent kliniki okul.

Prof. Dr. Rydel ogłosił w Przeglądzie Lekarskim z r. 1878 (Nr. 16—20) spostrzeżenia kliniczne nad zaćmą i jéj operacyją, poczynione od października 1869 po koniec 1877 roku. W następnych pięciu latach, a więc aż po koniec 1882 roku, wykonano dalszych 453 operacyj zaćmy (*extractio*, nie wliczając discysyi), z których niniejszém sprawę zdać zamierzam, przyczém wspomnieć muszę, że w ogólności co do rozkładu przedmiotu trzymać się będę powyżéj wspomnianéj pracy prof. Rydla.

Dawną linijową operacyję zaćmy wykonano 15 razy, obwodową linijową 426 razy (Graefe), płatową 5 razy (Beer), a wreszcie wykonano operacyję zaćmy urazowéj 5 razy, i operowano sposobem Wenzla 2 razy.

A) Zaćmy samorodne niepowikłane (*Cataracta spontanea non complicata*). Tą postacią zaćmy dotkniętych operowano mężczyzn 121 (53·36%), kobiet 106 (46·64%) razem 227 osób. Podobny stosunek liczebny operacyj wykonanych u mężczyzn i kobiet napotykamy także w innych klinikach okulistycznych.

Z tych 227 osób pochodziło z Krakowa 12, z W. ks. krakowskiego i Galicyi zachodniéj 166, z Galicyi wschodniéj 15, z Królestwa polskiego 25, ze Śląska austryjackiego 2, z pruskiego 2, z Węgier 2, z Morawy 2 i z Czech 1.

Pod względem stanu i zatrudnienia było: Wieśniaków i wieśniaczek 126, handlarzy i handlarek 23, mieszczan i mieszczanek 10, wyrobników i wyrobnic 18, kupców 6, urzędników 4, szewców 4, służących 5, nauczycieli 2, lekarz 1, obywatel ziemski 1, akuszerka 1, leśniczy 1, leśny 1, kucharz 1, murarz 1, tokarz 1, kuśnierz 1, cieśla 1, rzeźnik 1, trafikant 1, belfer 1, fabrykant papieru 1, piwowar 1, parasolniczka 1, wdowa po proboszczu obrządku greckiego 1, wdowa po leśniczym 1, żona leśnego 1, żona stolarza 1, żona listonosza 1, żona kapelusznika 1, żona malarza 1, żona robotnika przy salinach 1, bez zatrudnienia osób 5.

Na 190 chrześcijan było 37 starozakonnych (m. 20, k. 17) stanowią oni zatém 16·3% operowanych na zaćmę.

Pod względem wieku było:

Wiek	M.	K.	Razem	W %
30—39	4	17	21	9·25
40—49	13	20	33	14·54
50—59	37	37	74	32·59
60—69	39	25	64	28·19
70—79	25	7	32	14·09
80—89	3	—	3	1·32
	121	106	227	

Najmłodsze z operowanych osób były trzy kobiety mające po lat 30, najstarszą był mężczyzna mający 83 lat wieku.

Względnie największa liczba operowanych przypada na szósty dziesiątek lat (32·59%). Zmniejszanie się odsetki operowanych po sześćdziesiątym roku życia odpowiada mniejszéj liczbie ludzi, dochodzących w ogólności tak późnego wieku. Przed rokiem pięćdziesiątym operowano w porównaniu z mężczyznami znacznie większą ilość kobiet (m. 17, k. 37). Tę uderzającą różnicę starał się prof. Rydel w wyżéj przytoczonéj pracy wytłumaczyć. Zwrócił on mianowicie na to uwagę, że znaczna część tych stosunkowo młodych kobiet, prawie wyłącznie stanu włościańskiego, uderzała swoją wątłością, a raczéj złym stanem odżywienia i oznakami przedwczesnéj zgrzybiałości, pomimo iż nie można było wykryć w nich żadnego wyraźnego zboczenia zdrowia ogólnego. Śledząc przyczynę tego przedwczesnego upadku ustroju, doszedł prof. Rydel do tego przekonania, że znaczna część tych kobiet odbywała liczne porody, i jak to jest w zwyczaju u naszych włościanek, karmiła dzieci zbyt długo. Okoliczność tę w ostatnich latach uwzględniano stale spisując wywiady i

historyje chorób. Odnośne zapiski w dziennikach kliniki, z których wyjątki poniżéj przytoczę, dowodzą, że chociaż nie jedyną, to przecież jedną z przyczyn częstszego pojawiania się zaćmy w wieku młodszym u kobiet są liczne porody w połączeniu z nadmiernie długiém karmieniem przy ciężkiéj pracy i często niedostateczném i nieodpowiedniém, bo niemal wyłącznie roślinném pożywieniu.

Pomiędzy rokiem 30 a 50 operowano 37 kobiet, które, z wyjątkiem trzech izraelitek, trudniących się handlem, wszystkie należały do stanu włościańskiego, a wszystkie bez wyjątku źle były odżywione i wynędzniałe. W czterech przypadkach nie uwidoczniono w dziennikach klinicznych ilości przebytych porodów, w 33 zaś przypadkach wyraźna znajduje się o tém wzmianka, jak również i o tém, jak długo dzieci karmiły. Karmienie dzieci trwało najczęściéj dwa lata lub dłużéj, chyba, że wcześniejsza śmierć dziecka matkę od karmienia uwolniła.

Ponieważ spostrzeżenia poczynione w ostatniém pięcioleciu dowodzą prawdziwości twierdzenia prof. Rydla co do wpływu częstych porodów w połączeniu z zbyt długiém karmieniem na wcześniejsze powstawanie zaćmy schyłkowéj u kobiet, przytoczę więc z zapisków klinicznych, w porządku jak po sobie operacyje kobiet następowały, wiek chorych i liczbę porodów z dodatkami, które objaśnić mogą, o ile jakieś inne przebyte choroby na podupadnięcie odżywienia i przyspieszenie zmian schyłkowych wpłynąć mogły. Jeżeli nie podam wyraźnie, jak długo karmienie trwało, rozumieć należy, że to miało miejsce przez mniéj więcéj dwa lata.

Z operowanych w r. 1878 kobiet, mających niżéj lat 50, miała jedna lat 40 a dzieci czworo; druga lat 46, dzieci ośmioro; daléj lat 35, dzieci pięcioro; izraelitka lat 38, dzieci siedmioro, raz bliźnięta, które karmiła półtrzecia roku; wreszcie jedna lat 34, dzieci pięcioro. W roku 1879: Lat 43, dzieci sześcioro; lat 41, dzieci siedmioro, a od 5 lat już na jedném oku miała zaćmę; lat 40, dzieci sześcioro, z tych jedno umarło po roku, jedno urodziło się nieżywe a resztę karmiła dłużéj niż po 2 lata; lat 37, dzieci czworo, z których pierwszych troje do roku żyły, czwarte karmiła trzy lata; 30 i 33 lat, po troje dzieci i jedna mająca lat 32, która wprawdzie dwoje tylko miała dzieci, które po 2 lata przeszło karmiła, lecz kilka razy przebywała ciężkie gorączkowe choroby, przez kilka lat cierpiała na padaczkę i była bardzo źle odżywioną i wynędzniałą. Od 3 lat już nie ma napadów padaczkowych. W roku 1880: Lat 45, dzieci siedmioro; lat 44, jedno dziecko, które porodziła w 17 roku życia, ciągle choruje; lat 42, dzieci czworo, ma kilka razy do roku napady epileptyczne; lat 35, dzieci dwanaścioro, z których czworo najstarszych karmiła po 2 lata, piąte półtora roku, ostatnich zaś siedmioro umarło nie długo po urodzeniu; izraelitka lat 35, dzieci czworo; lat 30, dzieci dwoje; 36 lat, dzieci siedmioro, z których pięcioro karmiła po półtora roku, dwoje zaś umarło wcześnie; lat 35, dzieci sześcioro, z których czworo karmiła po półtora roku. W r. 1881: Lat 42, miała dziesięcioro dzieci, z których 9 sama wykarmiła a jedno wcześnie umarło; lat 43, dzieci sześcioro; lat 30, dzieci pięcioro, dwoje karmiła po przeszło 2 lata; lat 36, dzieci sześcioro, i lat 40, dzieci dziewięcioro, z których dwoje urodziło się nieżywych, resztę zaś karmiła po roku do 2 lat. W r. 1882: Lat 38, dzieci ośmioro, wszystkie karmiła średnio po pięć ćwierci roku; lat 42, dzieci ośmioro, czworo żyje, te sama wykarmiła; lat 44, izraelitka, dzieci ośmioro, wszystkie sama karmiła; lat 37, dzieci sześcioro; lat 40, dzieci dwoje; lat 34, dzieci siedmioro, z których troje wykarmiła a reszta wcześnie pomarła, a nakoniec lat 40, dzieci siedmioro, pięcioro karmiła po półtora roku. Nikt nie zaprzeczy, że jeżeli nasze włościanki przy ciężkiéj pracy, przeważnie o roślinném pożywieniu przebywają kilka porodów i przez całe szeregi lat albo są w ciąży albo dzieci karmią, to wcześniéj niż kobiety w lepszych żyjące warunkach, ulegać muszą zmianom schyłkowym.

Jedna z kobiet bezdzietnych, którą operowano w roku 1880 w 49 roku życia, podała, że w roku 1854 przebyła ciężką cholerę podczas epidemii, a późniéj znowu podczas dwóch w jéj okolicach panujących epidemij oba razy na cholerę zapadła, raz zaś poroniła. Po każdorazowém przebyciu cholery dłuższy czas chorowała i zwolna do sił przychodziła.

Wspomnieć zresztą muszę, że w dwóch z wyżéj przytoczonych przypadków chore cierpiały na napady epileptyczne. W trzech przypadkach toż samo spostrzegano u mężczyzn i to takich, którzy w stosunkowo młodym wieku na zaćmę zapadli. Raz nawet za pomocą środków lekarskich staraliśmy się powstrzymać napady, które dość często dręczyły chorego, obawiając się, że oko mogłoby po operacyi, w razie napadu, ucierpieć. Podawano stopniowo coraz większe dawki bromku potasu; doszliśmy wreszcie aż do 15·0 *p. die*, któreto dawki powstrzymały przez trzy tygodnie zupełnie napady, występujące przed zażywaniem leku prawie codziennie lub co drugi dzień. Przypadki te nasuwają myśl, czy wstrząśnienia podczas napadu a przytém sprawa chorobowa układu nerwowego, osłabiająca organizm i przyspieszająca jego wyniszczenie, nie przyczyniają się w niektórych przypadkach do wcześniejszego wytwarzania się zaćmy schyłkowéj. W każdym razie należałoby pod tym względem w przyszłości dalsze gromadzić spostrzeżenia. Szczególnie przy spisywaniu historyj chorób należałoby zadawać odnośne pytania. Padaczka bowiem jest chorobą, do któréj z uprzedzeń mających swój początek w tradycyjach religijnych i z powodu łatwo zrozumiałéj obawy przed takimi ludźmi, dotknięci tą chorobą, a szczególnie kobiety, przyznać się nie chcą. Nasi chorzy nazywali napady, zgodnie z nazwą ludową, wielką chorobą. We wszystkich czterech, wyżéj przytoczonych, przypadkach bliższe wywiady wykazały że chorzy istotnie cierpieli na padaczkę.

Na jedném oku operowano 146: 79 mężczyzn i 67 kobiet, z którychto osób już dawniéj trzy były operowane na jedném oku. Na obu oczach operowano 81: 42 mężczyzn i 39 kobiet; wykonano zatém ogółem 308 obwodowych linijowych ekstrakcyj zaćmy, z których na mężczyzn przypada 163 (52·2%), na kobiety 145 (47·8%).

Z 81 osób operowanych na obu oczach wykonano obie operacyje za jednym pobytem w klinice u 50 (28 m., 22 k.) za dwukrotnym pobytem u 31 osób (14 m., 17 k.). Na obu oczach równocześnie (w jedném posiedzeniu) nie zdejmowano zaćmy ani razu, lecz drugą dopiero po upływie pewnego czasu. U tych więc chorych, którzy w ciągu jednego pobytu poddali się operacyi obuocznéj, wykonywano operacyję drugą dopiero po upływie najmniéj 9, najczęściéj zaś dopiero dziesięciu do czternastu i więcéj dni.

Pod względem okresu rozwoju było zaćm:

Niedojrzałych 6 czyli 1·94%. Dojrzałych 183 czyli 59·41%. Przejrzałych 119 czyli 38·63%. — Na 119 zaćm przejrzałych była w 37 przypadkach także torebka przodkowa w mniejszéj lub większéj rozległości zaćmiona *(Cata-*

racta capsulolenticularis), w 12 zaś przypadkach kora była rozwodnioną a jądro opadłe (*Cataracta Morgagniana*). Ilość zaćm przejrzałych (38·63%) jest tak wielka jakiéj nie napotykamy w sprawozdaniach z innych zakładów. Przyczyna tego tkwi w ubóstwie i niezaradném niedbalstwie o zdrowie tych warstw ludności, które dostarczają chorych do klinik. Ludzie ci szukają pomocy gdy ich do tego zmusza ostateczna konieczność, tj. niezdolność do pracy w skutku zaćmy oka drugiego. Przybywają do kliniki z zaćmą na oku późniejszém najczęściéj jeszcze niedojrzałą, a za to już przejrzałą na oku dawniéj ociemniałém, na którém się operacyję wykonywa. (C. d. n.)

II. Przyczynek do nauki o leczeniu ran.

Podał prof. J. Mikulicz w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 29).

Jeżeli się zapytamy, jakie momenty śród leczenia ran mogą zmniejszyć wpływ działania sublimatu, to znajdziemy w pracy Kocha również dostateczne wyjaśnienie. Koch mówi na str. 278: „Ze względu na praktyczne zastosowanie sublimatu do dezinfekcyi należałoby tak samo jak i wobec innych środków dezinfekcyjnych uwzględnić, że cyfry zestawione na podstawie moich doświadczeń, które podają granice działania odwaniającego, odnoszą się do takich stosunków, gdzie ilość środka przeciwgnilnego w rozczynie działa bez wszelkiego zmniejszenia. Odmienne stosunki będą téż wymagały odmiennego stopnia zgęszczenia środka dezinfekcyjnego. Mianowicie dotyczy to tych przypadków, gdzie chodzi o dezinfekcyję płynów obfitych w białko, albo w kwas siarkowodowy, albo w inne jakieś ciało dające z rtęcią połączenia nierozpuszczalne.“ Podane wyż doświadczenia Kocha odnoszą się do działania sublimatu i kwasu karbolowego na czyste hodowle prątków wąglikowych i zarodników, gdzie więc żadne inne ciała nie mogły upośledzać działania środka badanego. Sublimat jednak wszędzie tam, gdzie się styka z raną lub z wydzieliną, napotyka na istoty białkowate, które sprowadzają jego rozkład wytwarzając białkan rtęciowy. Wiadomo przecież powszechnie, że tylko w skutek tego działania można zazwyczaj stosować na rany sublimat, który zresztą należy do najgwałtowniejszych trucizn. Ale ten sam proces, który trujący sublimat zamienia na ranie w względnie nieszkodliwy białkan rtęciowy, zmniejsza również w wysokim stopniu jego działanie przeciwpasorzytnicze; robi, jak późniéj zobaczymy, z jednego z najmocniejszych środków dezinfekcyjnych środek miernie silny, od którego nawet czasem kwas karbolowy nie wiele jest słabszym.

Nie wszędzie jednak śród stosowania sublimatu do leczenia ran siła jego dezinfekcyjna ulega upośledzeniu. Musimy pod tym względem ściśle odróżnić te zabiegi antyseptyczne, które się wykonywa jeszcze przed rozpoczęciem operacyi od tych, które się wykonywa podczas i po operacyi. Pierwsza, że tak powiem profilaktyczna część antyseptyki, ma na celu oczyścić zupełnie jeszcze przed operacyją wszystko, cokolwiek z raną ma się zetknąć. Tu należy przygotowanie gąbek, drenów, nitek do szwu i do podwiązania, narzędzi, a zwłaszcza dezinfekcyja rąk operatora i asystentów, jak niemniéj i pola operacyjnego. Ponieważ w téj profilaktycznéj antyseptyce nie spotykamy się ze znaczniejszą ilością wolnych ciał białkowatych, przeto działanie odwaniające sublimatu rozwija się w całéj pełni bez ograniczenia. Z góry więc trzeba przyznać, że sublimatowi w rozczynie 1:1,000—5,000 ze względu na profilaktyczną część antyseptyki, wyjąwszy czyszczenie metalowych narzędzi, które sublimat nadżera, należy się pierwszeństwo przed kwasem karbolowym. Największe jednak znaczenie posiada sublimat jako środek oczyszczający ręce mające się dotykać rany i samego pola operacyjnego przed operacyją. Wartość sublimatu jest tu o tyle wyższą, że przedtém nie mieliśmy żadnego pewnego środka dla zupełnéj dezinfekcyi rąk; a bez wątpienia przecież ręce i palce chirurgów i położników w znaczeniu antyseptyki należą do najniebezpieczniejszych narzędzi. Należy tylko zważyć, jak często zmuszeni jesteśmy badać palcem pochwę, kiszkę stolcową, usta, nos, posokujące rany i rozpadłe nowotwory! A jak często jesteśmy zmuszeni jeszcze tego samego dnia, często po upływie bardzo krótkiego czasu, wykonać większą operacyję w czystych tkankach! Każdy sumienny lekarz z pewnością za każdym razem wypalał narzędzia, które się zetknęły z raną nieczystą, posokującą lub dyfterytyczną nim ich użył znów do innéj jakiejś rany, zniszczył gąbkę, która przypadkowo z taką raną się zetknęła, gdyż tu nie mógł polegać na dezinfekcyjnéj sile kwasu karbolowego. Tylko ręka i palec pozostały nie należycie oczyszczone, gdyż nawet po kilkakrotném mechaniczném oczyszczeniu i zmyciu kwasem karbolowym mogły w wolnych porach i na paznogciach pozostać liczne zarodki zakaźne. Sublimat daje nam możność przez jednorazowe zmycie palców oczyszczonych przedtém z wszelkiéj wydzieliny zniszczyć z równą pewnością wszelkie przyrzuty, jak na metalowych narzędziach przez wypalenie. Równie wielkie znaczenie posiada sublimat ze względu na dezinfekcyję pola operacyjnego przed operacyją, a względnie części rodnych zewnętrznych i pochwy przed porodem.

Przez zastosowanie sublimatu w podanym celu zwiększa się bezsprzecznie pewność postępowania przeciwgnilnego. Mojém zdaniem, znaczne polepszenie wyników, które osiągnęło wielu chirurgów i ginekologów od czasu wprowadzenia sublimatu, należy w znacznéj części, jeżeli nie wyłącznie, policzyć na karb téj profilaktycznéj dezinfekcyi.

Dla innych części profilaktycznéj antyseptyki mianowicie do oczyszczania gąbek, drenów, jedwabiu itp. sublimat także zasługuje na pierwszeństwo ze względu na swe szybkie działanie; ale w tym kierunku możemy za pomocą kwasu karbolowego osiągnąć zupełną dezinfekcyję, jeżeli tylko pozwolimy mu działać przez kilka dni albo spotęgujemy jego działanie przez kilkogodzinne gotowanie (postępowanie Czernego). Tu zastosowanie sublimatu ma tylko znaczenie istotnego uproszczenia postępowania.

Podczas gdy zastąpienie kwasu karbolowego sublimatem ma wielkie znaczenie dla części profilaktycznéj, to co do tych części postępowania przeciwgnilnego, które się wykonywa podczas operacyi i po téjże rzecz się ma wcale inaczéj. Tu bowiem wszędzie wydzielina w białko bogata upośledza działanie sublimatu. Kto więc do leczenia ran wyłącznie używa sublimatu, w téj części postępowania przeciwgnilnego posługuje się całkiém odmienném ciałem pod względem składu chemicznego, t. j. białkanem rtęciowym a w najlepszym razie obok tego działa tylko mała resztka pierwotnie użytéj ilości sublimatu. Od rozmaitych stosunków zależy, czy cała ilość sublimatu zamienia się w białkan, czyli też część pozostaje nie połączona, a więc może skutecznie dzia-

łać. Pod tym względem rozstrzyga z jednéj strony ilość wydzieliny i białka w niéj zawartego, z drugiéj strony ilość i zgęszczenie sublimatu. Dla tego téż działanie przeciwgnilne sublimatu na rany nie w równym stopniu wśród rozmaitych okoliczności bywa upośledzoném. Z góry téż trudno będzie oznaczyć, czy jakaś część sublimatu i wśród jakich warunków na ranie będzie działać, gdyż trudno ocenić, choćby się nawet i znało, zgęszczenie rozczynu sublimatu i ilość białka w wydzielinie zawartego, w jakim stosunku te dwa płyny na ranie, np. podczas krótkiéj irygacyi, zmjęszają się. Dla tego téż eksperymenta w laboratoryjum wykonane nie mogą dać stanowczego wyniku co do potrzebnego stopnia zgęszczenia sublimatu; tu rozstrzygającém jest tylko doświadczenie. Niemniéj jednak odnośne eksperymenta mogą nam podać w przybliżeniu pewne wskazówki, a mianowicie ułatwić porównanie działania sublimatu z innemi przeciwgnilnemi środkami.

Pod tym względem przytoczę naprzód odnośne doświadczenie Kocha. Koch twierdzi, że dla dokonania dezinfekcyi płynów zawierających ciała, które osłabiają działanie sublimatu, trzeba dodać tyle sublimatu, żeby co najmniéj pozostał w rozczynie wolny sublimat w stosunku 1:5,000. Potrzebną w tym celu ilość sublimatu oznaczył dla trzech płynów, mianowicie dla mocno zanieczyszczonéj wody z rzeki Panki, dla wody znajdującéj się na dnie okrętu i dla krwi gnijącéj. Woda z Panki wymagała rozczynu sublimatu 1:2,000, woda z dna okrętu 1:1,000, a krew gnijąca 1:400. Próbki tych płynów nie zawierały wcale żadnych zdolnych do rozwoju zarodków, a więc tém samém potwierdziły przypuszczenie Kocha.

Żeby więc dokładniéj poznać stosunki obchodzące nas ze względu na leczenie ran, wykonałem następujące doświadczenia: Zmieszałem świeżą bitą krew wołu z równą częścią wody i dodałem do téj szybko gnijącéj i do wydzieliny rannéj dość zbliżonéj cieczy sublimat w rozmaitym stosunku. Z rozczynu 1‰ a względnie 1%wego tyle dodawałem, że w poszczególnych próbkach sublimat znajdował się w stosunku 1:20,000, 1:10,000, 1:5,000, 1:4,000 itd. aż do 1:100.

Epruwetki napełnione temi płynami wstawiano wraz z epruwetkami kontrolującemi do pieca dla wylęgania i badano je w pierwszym tygodniu codziennie, w dalszych tygodniach co 2—3 dni na woń gnilną i za pomocą mikroskopu na obecność mikroorganizmów.

Wynik był następujący: W próbkach zawierających sublimat w rozczynie 1:20,000, 1:10,000 aż do 1:2,000 nie można było dostrzedz stałéj różnicy co do rozwoju zgnilizny i mikroorganizmów w porównaniu z epruwetkami kontrolującemi. Wprawdzie czasami zdawało się, jak gdyby tu i owdzie w próbkach z mocniejszém zgęszczeniem (1:2,000—1:4,000) w pierwszych 24—48 godzinach gnicie i rozwój mikroorganizmów powolniéj nieco postępowały (cały szereg doświadczeń powtórzono 3 razy); w innych jednak epruwetkach z tém samém lub mocniejszém nawet zgęszczeniem objawy te równie prędko występowały jak i w epruwetkach kontrolujących. Muszę tu zarazem dodać, że w podobny sposób występowały i małe różnice pomiędzy epruwetkami kontrolującemi (brano ich zawsze na raz po trzy), co oczywiście zależało od rozmaitéj początkowéj energii rozwoju i wzrostu zarodków grzybkowych zawartych w płynie.

Dopiero ilość sublimatu 1:1,000 stale i wyraźnie, choć słabo tylko, upośledzała rozwój gnicia mikroorganizmów, a mianowicie występowały objawy te późniéj o 1—2 dni i z mniejszém nasileniem. Zwłaszcza mocno ruchliwe bakteryje gnilne nieco późniéj się pojawiały. Zupełny brak tych objawów można było dopiero spostrzedz stale w rozczynie 1:400—500. Doświadczenia wykonane dla porównania z tą samą mieszaniną krwi, do któréj dodałem kwasu karbolowego, wykazały, że wśród tych samych warunków rozczyn kwasu karbolowego 1:500 już działał upośledzająco, a w rozczynie 1:200 przez cały czas obserwacyi, t. j. przez dwa tygodnie, nie przyszło do gnicia i rozwoju bakteryj.

Porównanie działania sublimatu z działaniem kwasu karbolowego wykazuje przeto, że wśród warunków istniejących w moich doświadczeniach, t. j. wobec znacznéj ilości istot białkowatych, kwas karbolowy w podwójném mniéj więcéj zgęszczeniu tak samo powstrzymuje gnicie jak i sublimat, podczas gdy w razie braku tych ciał sublimat 500—1,000 razy mocniéj działa. Twierdzenie Kümmela przeto że rozczyn sublimatu 1‰ i ½‰ odpowiada 5% i 2% rozczynowi kwasu karbolowego nie jest prawdziwém ani w razie obecności ciał białkowatych ani w razie ich braku.

Na tém miejscu chciałbym także zwrócić uwagę na zgodne z mojemi doświadczenia E. Schilla i B. Fischera, wykonane w niemieckim Urzędzie zdrowia, co do dezinfekcyi plwocin suchotników (*Mittheilungen aus dem kaiserl. Gesundheitsamte*, t. II, str. 131). Badacze ci wykazali, że 2‰ rozczyn sublimatu, dodany do równéj ilości świeżych, gruźliczych plwocin, mimo 24-godzinnego działania nie wywiera wcale wpływu dezinfekcyjnego, gdyż wszystkie zwierzęta, którym plwociny te zaszczepiono, uległy gruźlicy. Na tomiast te same plwociny gruźlicze stale ulegały dezinfekcyi po 24-godzinném zadziałaniu równéj ilości 5% kwasu karbolowego. Prawdopodobnie i tu, wskutek rozkładu, sublimat nie działał na prątki gruźlicze.

E. Schill i B. Fischer dochodzą wobec tego do wniosku, że sublimatu w praktyce nie można użyć do dezinfekcyi plwocin suchotniczych, podczas gdy kwas karbolowy do tego jest wcale odpowiednim. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

O. Messerer: **Przypadek pośredniego pęknięcia czaszki.** W 19ym Nrze *Centralblatt für Chirurgie* z r. b. opisuje autor przypadek pośredniego pęknięcia czaszki w skutek strzału rewolwerowego. Przypadek ten jest 18ym znanym i opisanym, a jakkolwiek rany postrzałowe czaszki należą do bardzo częstych, nader rzadko zdarzają się tego rodzaju pęknięcia, gdyż do ich powstania potrzeba ściśle oznaczonéj siły strzału. Strzały silniejsze, np. karabinowe rozrywają czaszkę w liczne kawałki, strzały słabsze (rewolwerowe małego kalibru) wywołują tylko bezpośrednie pęknięcie, stojące w związku z raną kostną. W przypadku dokładnie przez autora opisanym strzał z pobliża padł w kość czołową ku stronie prawéj, pęknięcie czaszki, niestojące w żadnym związku ani z otworem wejścia kuli, ani z miejscem odbicia się téjże, przechodziło przez sklepienie obu oczodołów, przez lewe skrzydło kości klinowéj na łuskę kości skroniowéj po téjże stronie; z wywiadów wynika, że złamanie czaszki w skutek uderzenia głową o przedmiot twardy można z pewnością wykluczyć, gdyż sprawa zaszła na miękkiéj murawie.

Doświadczenia Buscha i Kochera przemawiają za tém, że pęknięcia czaszki pośrednie powstają w skutek zadziałania nieściśliwego mózgu na osłonę kostną. Przemawia-

ją za tém również doświadczenia Rückera, który strzelając z rewolweru do czaszek trupich wywoływał tylko otwory wejścia i wyjścia, jeżeli jednak mózg nastrzykał wodą, aby go przynajmniéj w przybliżeniu doprowadzić do zasobu w płyn, odpowiadającego stanowi mózgu za życia i dopiero wtedy strzelał do czaszki, mógł wywołać pośrednie złamania czaszki i to zazwyczaj w miejscach najsłabszych a więc pęknięciu podlegały sklepienia oczodołów, kość sitowa lub też skrzydła kości klinowéj. Do powstania pęknięć pośrednich nie jest koniecznem, aby mózg był naruszonym, nawet samo uderzenie kuli o czaszkę jest dostateczném a dowodzi tego przypadek opisany przez Bergmanna.

Dr. Schaitter.

Förster: O głównych warunkach dobrego oświetlenia w szkołach.

Na posiedzeniu sekcyi higijenicznéj śląskiego Towarzystwa naukowego mówił Förster o warunkach należytego oświetlenia budynków w ogóle, a budynków szkolnych w szczególności. Dotąd służył za miarę oświetlenia stosunek wielkości okien do podłogi, lecz że ocenienie tego rodzaju ma tylko względną wartość, to rzecz naturalna; bo jeżeli ulice są wąskie a przeciwległe domy wysokie, światło może być nawet przy wielkiéj powierzchni szyb niewystarczającém. Do należytego oświetlenia potrzeba, ażeby światło nie odbite od przeciwległych domów ale wprost światło firmamentu wpadało w pewnéj ilości do pokoju. Jeżeli się pociągnie od jakiegoś punktu na powierzchni pultu jednę liniję do górnego brzegu okna a drugą do szczytu przeciwległego domu, to linije te tworzą kąt, który F. nazywa kątem rozwarcia (*Öffnungswinkel*). Wielkość tego kąta powinna wynosić przynajmniéj 5 stopni.

Pierwsza z tych linij tworzy razem z powierzchnią oświeconą, np. powierzchnią pultu, t. zw. kąt wpadania, który powinien wynosić przynajmniéj 25°.

Ważny wpływ na ilość wpadającego światła wywiera położenie okien. Pod tym względem nie zgadza się F. z ogólnie przyjętém zdaniem, że najkorzystniéj jest, jeżeli okna zwrócone są ku południowi i uważa przeciwnie za najlepsze, jeżeli okna są zwrócone ku północy, bo odpadają w takim razie wszystkie niedogodności połączone z używaniem zasłon, a mimo to światło północnego nieba, zwłaszcza jeżeli dzień jest pogodny, wystarcza zupełnie do oświetlenia, jeżeli zaś dzień jest pochmurny, to oko ludzkie nie potrafi odróżnić nieba północnego od południowego.

Wreszcie polecił prelegent, aby przed oknami pokoi szkolnych niedostatecznie oświetlonych utwierdzano szklane trójściany, któreby promienie słońca mogły kierować w głąb pokoi. W odpowiedzi na powyższe przedstawienia zabrał głos prof. Cohn, przypominając, że najlepszym środkiem do ocenienia natężenia światła w pewném miejscu jest światłomierz Webera, którego istota na tém polega, że płyta ze szkła mlecznego za pomocą trójścianu odbija światło świecy będźwinowéj na innéj płycie, która jest oświeconą światłem dziennem. Oba pola ogląda się przez szkło czerwone i płytę ze szkła mlecznego, tak długo się odsuwa lub przysuwa, dopóki oba pola nie są równéj jasności.

Co się tyczy położenia okien, to uważa on za lepsze położenie ku południowi dla tego, że światło jest o wiele silniejszém a niedogodnościom połączonym z używaniem zasłon można zapobiedz, jeżeli się lekko zasłania dolne części okna; przy czém promienie z góry wpadające oświecają salę dostatecznie a nie rażą oczu. Projekt F. co do zastósowania trójścianów zasługuje na to, aby robiono próby w tym kierunku, choć urządzenie takie będzie bardzo kosztownem (*Breslauer Aerztl. Zeitschrift* Nr. 12). *Dr. Otto.*

Wiadomości pomniejsze.

(I. S.) **O leczeniu gruźlicy według metody Buchnera**, mówił prof. Ganghofner na posiedzeniu Tow. lek. w Pradze. G. zdał sprawę z dotychczasowych usiłowań leczenia gruźlicy środkami przeciwpasorzytnemi, wykazał, że ze wszystkich środków tego rodzaju ma jedynie arszenik rozleglejsze zastosowanie, a mimo że rezultaty tego sposobu leczenia nie są tak korzystne jak Buchner pierwotnie twierdził, nie zaniechał jednak podawania arsenu u 24 chorych, leczonych ambulatoryjnie w klinice pragskiéj. Na podstawie tych przypadków nie nabrał G. przekonania o pewném specyficzném działaniu arsenu na sprawę gruźliczą, działa on korzystnie symptomatycznie lecz dalszych doświadczeń w tym kierunku wcale jeszcze zaniechać nie wypada. Mały dodatek makowca powstrzymuje przypady gastryczne, a przy stosowaniu podskórném według Köbnera można stosować dawki znacznie mniejsze, nie narażając się na jakiekolwiek nieprzyjemne powikłania. Działanie arsenu tłumaczy sobie G. wpływem środka na zmniejszenie zużywania materyi analogicznie do spostrzeżeń czynionych przez dermatologów. (*Wiener med. Woch.*, Nr. 21, 1884).

Czynność czerwonych ciałek krwi. Guilio Fano w artykule zamieszczonym w dzienniku *Lo Sperimentale* przytacza wynik znaczniejszego szeregu swych doświadczeń: 1) peptony, bez względu na to czy dostaną się drogą transfuzyi czy też wchłonięte zostaną w przewodzie pokarmowym, doznają we krwi przemiany na białkany ścinaniu się ulegające; 2) czynnikiem działającym w téj przemianie są czerwone ciałka zwiększające swój ciężar gatunkowy przez zasymilowanie peptonów, które się do krwiobiegu dostały; 3) odwodnienie peptonów przez co one przemienione zostają w gałczeń sprawiają prawdopodobnie sole potasowe ciałek czerwonych, a może i obecność oxyhaemoglobinu jest do spełnienia tego procesu nieodzownie potrzebną; 4) że nakoniec nagromadzone białkany odgrywają rolę rezerwowego pożywienia i oddawane bywają tkankom w miarę jak proces rozkładowy wymaga zastąpienia ubytku świeżym materyjałem. (*The Lancet*, 1884, I, Nr. 9). *Dr. Grabowski.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak.

Posiedzenie II d. 12 maja 1884.

Przewodniczący Dr. Sc borowski. Obecnych członków 12 i 1 gość.

1) Przewodniczący powitał i przedstawił obecnym gościa Dra J. Dymnickiego lekarza zdrojowego z Buska.

2) Przewodniczący podniósł sprawę poruszoną przez jeden z dzienników miejscowych, postarania się o zaprowadzenie na kolejach żelaznych krajowych urządzeń, mających na celu ułatwienie podróży oraz udogodnienie téjże dla osób udających się do zakładów zdrojowych i uzdrowisk w kraju naszym się znajdujących, zwłaszcza dla osób chorych, szukających tam ulgi i poratowania zdrowia. W tym celu postanowiono korzystać z doświadczonéj w r. z. uprzejmości Ministerstwa handlu, które na przedstawienie Komisyi balneologicznéj z niezwykłą szybkością postarało się o polecenie Dyrekcyi kolei żel. tarnowsko-leluchowskiéj zaprowadzenia osobnego pociągu, którym goście udający się do zdrojowisk Krynicy, Szczawnicy i Żegiestowa, znacznie

prędzéj niż pierwéj dostają się na miejsce. Dyrekcyja kolei tarnowsko-leluchowskiéj z wszelką gotowością poleceniu temu zadość uczyniła. Również polecono Dyrekcyi kolei Karola Ludwika wygodniejsze urządzenie sal poczekalnych w dworcu tarnowskim, czemu atoli tylko po części zadość się stało.

Obecnie Komisyja postanowiła wnieść podanie do Ministerstwa handlu z prośbą, o polecenie zaprowadzenia na kolejach żelaznych krajowych następujących zmian i ulepszeń:

a) Zaprowadzenia na wszystkich kolejach krajowych] do zdrojowisk prowadzących wygodnych wagonów, w którychby osoby cierpiące nie tylko wygodnie siedzieć ale i leżeć mogły i nadto zaprowadzenia wagonów przechodowych (*Durchgangskrankenwagen*), któremiby chorzy bez potrzeby przesiadania się raz wsiadłszy do wagonu, całą podróż aż do stacyi najbliższéj zdrojowiska, do którego zdążają, odbyć mogli. Tego rodzaju wagony prawie wszędzie za granicą a po części i na naszych kolejach ale tylko do zdrojowisk czeskich już się znajdują.

b) Dogodniejszego urządzenia sal poczekalnych w dworcach kolei żelaznéj, zwłaszcza na tych stacyjach, gdzie się pociągi krzyżują i gdzie goście w większéj liczbie i dłużéj czekać są zmuszeni.

c) Zaprowadzenia biletów okólnych i powrotnych, jakie już po części są zaprowadzone, z opuszczeniem z ogólnéj należytości za podróż tam i na powrót 30—50% lecz są ważnemi tylko przez trzy dni; chodzi zaś o nadanie tymże ważności dla osób udających się w celach leczniczych do zdrojowisk na czas znacznie dłuższy, od sześciu do dziesięciu tygodni jeżeli nie na całą porę zdrojową.

d) Uwolnienia od opłat przewozowych osób ubogich zaopatrzonych w wiarogodne, należycie legalizowane świadectwa ubóstwa, zwłaszcza w téj porze, kiedy przejazd gości nie jest zbyt wielki, a zakłady ubogich od taks uwalniają, a mianowicie: w czasie od 15 maja do końca czerwca i od 15 sierpnia do końca pory zdrojowéj.

Napisaniem i wysłaniem podania w języku niemieckim zajmą się przewodniczący łącznie z koll. proff. Althem i Olszewskim.

3) Następnie prof. Dr. Olszewski podał wiadomość o składzie chemicznym wody rabczańskiéj ze zdroju Każmierza, którą świeżo analizował.

Z czterech zdrojów wody słonéj znajdujących się w Rabce trzy były analizowane w r. 1863 przez śp. Aleksandrowicza, a mianowicie zdroje Maryi, Rafaela i Krakusa, woda ze zdroju Każmierza wówczas nie była poddaną rozbiorowi, z powodu nieuporządkowania zdroju i przeciekania wody słodkiéj. Obecnie stan zdroju Kazimierza nie o wiele się polepszył, w roku zeszłym przystąpił wprawdzie właściciel Rabki Wny J. Zubrzycki do oczyszczenia tego zdroju, po wydobyciu jednak kamieni i gałęzi na kilka sążni głębokości, nie dobrano się jeszcze do dna studni; od przypływu wody słodkiéj również zdrój nie został zabezpieczony, zapewne z powodu nasuwających się trudności. Ponieważ woda z tego zdroju bywa do kąpiel używaną, rozbiór jéj zatém był pożądany. Z powodu jednak nieuporządkowania zdroju rozbiór ten uważać należy za tymczasowy, uwzględniający tylko ważniejsze składniki wody.

Woda do rozbioru potrzebna została przesłaną do Krakowa, Dr. Olszewski na miejsce nie jeździł, nie miał zatém sposobności zbadać na miejscu fizycznych własności wody.

Wypadki rozbioru obliczone na 1,000 części wody:

Chlorku potasu	0.22795
„ sodu	13.55360
Bromku sodu	0.03890
Jodku sodu	0.00580
Węglanu sodowego	0.55302
„ barowego	0.00325
„ wapniowego	0.19055
„ magnowego	0.11273
Niedokwasu żelaza i glinu	0.00393
Kwasu krzemowego	0.00887
Węglanu azotowego	nie oznaczono
Chlorku litowego	nie oznaczono
Boranu sodowego	nie oznaczono
Istot organicznych	nie oznaczono
Węglanu magnowego	nie oznaczono
Składników stałych	15.01000
Ciężar gatunkowy	1.0138

Prof. Olszewski nadmienił, że analizuje obecnie sól rabczańską.

W dyskusyi zabrał głos kol. Kopernicki, który przez czas dłuższy był lekarzem zdrojowym w Rabce, przedstawiając, iż woda ta najobficiéj wytryskająca, jako zawierająca mniéj soli a więcéj kwasu węglowego od wody innych zdrojów jest najodpowiedniejszą do picia. Późniéj zabierali głos jeszcze koll. Rybczyński, Gralewski i przewodniczący. Ostatecznie orzeczono, iż konieczną rzeczą dla Rabki, któréj woda należy do najsilniejszych wód słonych jod i brom zawierających, jest odpowiednie urządzenie i utrzymanie tak samych zdrojów jakotéż i całego zakładu, a nakład wyłożony sowicie się opłaci.

6) Przewodniczący z powodu zbliżającéj się pory zdrojowéj, w któréj większa część członków udaje się na miejsce swego pobytu letniego, pożegnał obecnych, odkładając posiedzenia do jesieni.

Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Śniborowski.*

V. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu.

Sprawozdanie Dra **Kwaśnickiego.**

V.

Sekcyja medycyny wewnętrznéj, posiedzenie przedpołudniowe d. 3 czerwca.

Przewodniczący Doc. Dr. Chodounsky z Pragi, sekretarz Dr. Arenstein.

1) Dr. Wolfram: O prątkach gruźliczych. Prelegent badając wydaliny chorych w przeszło 60 przypadkach obserwowanych w klinice krakowskiéj, a podejrzywanych o gruźlicę, przekonał się, że ile razy zostały prątki Kocha wykazane, rozpoznanie gruźlicy w odpowiednich narządach okazało się niewątpliwém. W obec tego faktu należy uznać, że stwierdzenie istnienia prątków w plwocinach jest niezbitym dowodem gruźlicy płucnéj; dochodzenie rozpoznania gruźlicy na téj drodze przewyższa metodę fizycznego badania swą niezawodnością i możnością stwierdzenia gruźlicy już w wczesnych okresach choroby. Obecność prątków wskazuje rozpoczynający się rozpad ognisk gruźliczych. Z nieobecności prątków w plwocinach nie należy wnosić, że sprawa gruźlicza nie istnieje. Autor twierdzenia swe poparł szczegółami swych badań klinicznych. Z ilości i kształtu prątków nie należy wysnuwać jakiegokolwiek wniosku; między stopniem gorączki a ilością prątków nie zachodzi żaden przyczynowy związek.

2) Doc. Dr. Chodounsky: Rzut oka na leczenie gruźlicy. Nie należy utrzymywać, że jedyną przyczyną gruźlicy jest prątek Kocha; są przyczyny usposabiające organizm do przyjęcia prątka gruźliczego, a do nich zalicza prelegent usposobienia dziedziczne, słabą odporność ustroju z jakiéjkolwiek przyczyny, stałe drażnienie miąższu płuc, zastoje i nieżyt w szczytach płuc. Tak miejscowe jak i ogólne leczenie ma swe ważne wskazania; należy podnieść siły chorego, uregulować krążenie w szczytach płucnych, dbać o prawidłową rozszerzalność klatki piersiowéj i podnieść energiję skurczów mięśnia sercowego. Obok wymienionych zachodów najważniejszém jest leczenie klimatyczne i w tym celu przyznaje autor takim tylko miejscowościom wartość leczniczą, które leżą przynajmniéj 1.000 metrów nad powierzchnią morza; w końcu oparłszy się na 2.000 przypadków zebranych w literaturze lekarskiéj, formułuje wskazania i przeciwwskazania leczenia gruźlicy klimatem górskim.

3) Dr. Nawroczyński: O tężcu przewlekłym. Prelegent mając w leczeniu przypadek tężca po amputacyi, zastrzyknął pod skórę królikowi ropę z tego chorego; zwierzę

po kilku dniach zginęło w drgawkach. N. wnosi z tego doświadczenia, że tężec jest chorobą zakaźną, chorobą krwi a nie nerwów. Dr. Gluziński w dyskusyi nie przyznaje przypadom, spostrzeganym przez prelegenta u królika znaczenia tężca i przestrzega przed wyprowadzeniem tak śmiałych wniosków z jednego przypadku. Dr. Pacanowski i Dr. Koszutski również nie podzielają wywodów prelegenta.

Posiedzenia popołudniowe d. 3 czerwca.

Sekcyja medycyny wewnętrznej.

Przewodniczący Dr. Chodounsky, sekretarz Dr. Reichman.

1) Dr. Koszutski: O błonicy i jéj leczeniu jednochlorkiem rtęci. Chcących zapoznać się z tym przedmiotem odsyła K. do swojéj rozprawy pod powyższym tytułem ogłoszonéj ku uczczeniu członków IV Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu. Prelegent przytacza historyję leczenia błonicy rtęcią (Bretonneau, Gräfe, Villers, Annuchat, Rothe itd.). Z stósowanych przetworów rtęci od r. 1882 najwięcéj zaczął nabierać uznania dwuchlorek rtęci, polecony przez Kaulicha, prawdopodobnie opierającego się na opinii takiéj jak Koch powagi, który, jak wiadomo, stawia sublimat najwyżéj w rzędzie środków przeciwzakaźnych. Kaulich podaje do pędzlowania 0,05—0,10%, wewnętrznie 0,01—0,02% *pro die* w emulsyi z żółtkiem i koniakiem; do inhalacyj 0,005%, do przemywania tchawicy po tracheotomii 0,05%. Kaulich znalazł liczny szereg naśladowców, którzy wszyscy uznali niepospolitą skuteczność sublimatu. W końcu zeszłego roku prelegent rozpoczął swe doświadczenia z sublimatem, który stosuje *in statu nascendi*, co uskutecznia przy pomocy rozczynu soli kuchennéj i proszku kalomelu i posługuje się nim tylko lokalnie. W celu oczyszczenia powierzchni zajętéj sprawą błonicową, również ażeby przygotować chemiczne warunki powstania sublimatu *in statu nascendi*, prelegent poleca do płukania u osób umiejących i chcących płukać rozczyn 2—5% soli kuchennéj, u dzieci małych i nieposłusznych rozczyn ten stosuje się strzykawką; po należytém oczyszczeniu okolicy błonicą nawiedzonéj i uskutecznionėm płukaniu stosuje prelegent wdmuchiwania kalomelu *(vapore parati)* (0,1—0,5) zwykłą Leiterowską dmuchawką; rękoczyn ten należy 2 razy dziennie stósować, kierując proszek kalomelu na środek okolicy błonicą zajętéj. Stósowanie tego leczenia nigdy nie pociągło za sobą jakichkolwiek przykrych następstw. Kalomel niezamieniony w sublimat często wywołuje cechujące stolce; w razie zatwardzenia podaje autor olej rącznikowy w celu zapobieżenia rtęcicy, mogącéj powstać w skutek połykania kalomelu. Zasypywania poleca prelegent tak długo, aż ustąpią wszelkie ślady dyfteryi i to 2, 3 i więcéj razy dziennie, w miarę stopnia zniszczeń, które sprawiła błonica. Na 36 przypadków, które prelegent leczył sublimatem, 10 było dyfteryj ograniczonych tylko do powierzchni błon śluzowych; reszta przypada na przypadki ciężkie, przebiegające samoistnie, lub wikłające płonicę; używał autor po 2 wdmuchiwania dziennie, i nie potrzebował przekraczać sześciu wdmuchiwań na całą kuracyję; ciepłota obniżała się po 3 lub 4 wdmuchiwaniu, przyczém jednocześnie stósowaném było zmywanie ciała wodą i gliceryną w równych częściach. Tylko w ciężkich przypadkach dyfteryi z płonicą przebiegających lub téż przy uczuciu silnego palenia w gardle, stósował autor lód do połykania i okładania szyi. Przeciw błonicy w tylnych przewodach nosowych używał K. przestrzykiwań lodową wodą za pomocą przyrządu Webera.

Prelegent kończy swój odczyt następującemi twierdzeniami:

a) Kalomel lokalnie zastósowany i wytwarzający sublimat *in statu nascendi*, został użyty przez autora w 36 przypadkach błonicy z zupełném powodzeniem i wyleczenie szybko następowało.

b) Rychłe zapobieganie chorobie tamuje szerzenie się zakażenia ogólnego.

c) Lek proponowany przez autora jest łatwy do zastósowania nawet u małych dzieci, i jest tani.

d) Odpowiednio użyty (t. j. aby szybko opuścił przewód pokarmowy) żadnéj szkody ustrojowi wyrządzić nie może.

Po wykładzie wywiązała się ożywiona dyskusyja, w któréj zabierali głos: Dr. Wolfram, Dr. Arenstein, Dr. Handelsman i Dr. Reichman.

Sekcyja chirurgiczna.

1) Dr. Wehr: O przeszczepianiu raka. Prelegent przytacza fakta stwierdzające teoryję Cohnheima o płodowych zawiązkach nowotworów, a zarazem na podstawie poważnych źródeł zaznacza, że mniemanie Cohnheima, jakoby rak nie mógł być przeniesiony z jednéj osoby na drugą, nie jest zgodne z prawdą, o czém sam przekonał się własnemi badaniami, dokonanemi wspólnie z prof. Kadyjem w pracowni lwowskiéj szkoły weterynaryi.

Dr. Wehr doszedł do następujących wniosków: 1) liczne nieudane doświadczenia pochodziły ztąd, że szczepiąc wywoływano zapalenie, któremu autor zapobiega metodą antyseptyczną, ściśle zastósowaną.

2) W doświadczeniach przez Dra W. stale po zabliźnieniu *per primam* występowały guzki podskórne w miejscu zaszczepienia, które powiększały się przez 4—6 tygodni i następnie ulegały wessaniu; budowa histologiczna tych guzków, które dochodziły wielkością laskowego orzecha, była identyczną z budową istoty zaszczepionéj.

3) Wyniki dotychczasowych badań nie rozstrzygają sprawy przeszczepialności raka, lecz stwierdzają zdanie Virchowa, że wszystko zależy od wykrycia korzystnych warunków, sprzyjających rozwojowi raka w organizmie, na który go przeszczepiono.

W dyskusyi zabierali głos: Dr. Homme i Dr. Schramm.

II. Dr. Rydygier: O korzyściach niektórych uproszczeń metod opatrunkowych przeciwzakaźnych. Z własnego doświadczenia zaleca watę sublimatową drzewną Brunsa, t. j. watę zmięszaną z wełną drzewną sublimatową; daléj pokazuje podkładki Leisrinka z mchu prasowanego. Prelegent, Dr. Wehr i prof. Obaliński uważają sublimat za lepszy od karbolu w zabezpieczaniu chorych od róży.

III. Prof. Janovsky (z Pragi): O wysypkach pojodoformowych. J. uważał kilkakrotnie wysypki lokalne i ogólne (rumień, wyprysk itd.) po zastosowaniu opatrunku jodoformowego, przyczém ciepłota lekko podniosła się (38°C.). Jeden przypadek dotyczył otworzenia dymienic pachwinowych, drugi wyskrobania tocznia, trzeci *gumma exulcerans*.

W dyskusyi zabierają głos, przytaczając nowe fakta na potwierdzenie zdania prelegenta: prof. Obaliński, Dr. Czarda, Dr. Szuman i Dr. Schramm.

Sekcyja psychijatryi, higijeny, medycyny sądowéj i publicznéj.

1) Dr. Obtułowicz: O błonicy, szczególniéj pod względem etyjologicznym i patogenetycznym. W dłuższéj rozprawie omawia prelegent przyczyny powstawania błonicy, polemizuje z zapatrywaniem się na tę sprawę innych pisa-

rzy i na podstawie ścisłych obserwacyj twierdzi, że błonica szerzy się głównie w porze dżdżystéj i wilgotnéj, zwłaszcza w miejscowościach niekorzystnie pod względem higijenicznym położonych, i usadawia się przeważnie w domach z piwnicami napełnionemi wodą zaskórną bez odpływu. Wiek od 1 do 5 lat jest najczęściéj nawiedzanym od błonicy, ale nie szczędzi ona ani wieku, ani płci; wydarza się tak w nizinach jak i w okolicach górzystych, z powietrzem czystém. Autor utrzymuje, że błonica może przenosić się z ludzi na zwierzęta i odwrotnie, a zaraźliwość jéj, wbrew zdaniu Montiego, jest znaczna. Wierząc w naturę grzybkową błonicy, autor utrzymuje, że sprawa ta nie jest zupełnie rozstrzygniętą, gdyż znajdowane drobnotwory nie są przyczyną lecz skutkiem choroby, produktem rozkładu, znajdowanym w ślinie i u osób zdrowych. Tylko hodowanie grzybków i sztuczne odtworzenie błonicy rozstrzygnie tę sprawę. Czy błonica jest chorobą początkowo miejscową, a następnie ogólną, czy téż odwrotnie, sprawa ta również nie jest wyjaśnioną. Na podstawie licznego materyjału klinicznego dzieli autor błonicę na trzy formy: 1) nieżytową, 2) z pokładami błon powierzchownemi i 3) zgorzelinową. Co do terapii, to podług prelegenta wiele wartości mają zachody zapobiegawcze, oparte na oddzieleniu dzieci zdrowych. Problematyczny mają skutek płukania profilaktyczne. Leczenie apteczne winno być miejscowe i ogólne: podtrzymywanie sił chorego z jednéj, płukanie antyseptyczne z drugiéj strony, czynią zadość w formach lżejszych; postać zgorzelinowa opiera się wszelkiemu lekowaniu.

W dyskusyi zabierali głos: Dr. Żuliński, Dr. Fritsche, Dr. Lachowicz, Dr. Osowicki i Dr. Laskiewicz.

Sekcyja oftalmologiczno-otologiczna.

Przewodniczący prof. Szokalski, sekretarz Dr. Kępiński.

I. Dr. Czarda (z Pragi) przedstawił rozmaite przyrządy własnego pomysłu, służące do badania ucha, jamy ustnéj, gardzieli, krtani i przewodów nosowych, a następnie mówił: O leczeniu zapalenia zewnętrznego ucha (*Otitis externa*). Przeszedłszy w krótkich słowach przyczyny i objawy téj choroby, poddał krytyce dotychczasową terapiję, przestrzegł przed przecinaniem wrzedzionek w uchu, a natomiast radzi okład zmaczany w wodzie z wyskokiem i posypany kw. borowym.

II. Dr. Benni mówił o przypadku przewlekłego zapalenia okołochrząstkowego muszli usznéj, które spostrzegał u młodego i zdrowego człowieka. Zapalenie trwało 4 miesiące, ustawicznie posuwając się, pomimo zachodów antyseptycznych i nacinań obeszło ono całe ucho i skończyło się tam, zkąd powstało. Sprawa przebiegała bez gorączki, a w następstwie pozostawiła znaczne skurczenie muszli. Prelegent przedstawił rysunki i fotografije, odnoszące się do tego przypadku.

III. Prof. Szokalski mówił: O środkach ściągających przy zapaleniu spojówki. Rozprawa prof. Szokalskiego dała powód do żywéj dyskusyi, w któréj wzięli udział Dr. Talko, Dr. Kępiński, Dr. Wicherkiewicz, Dr. Łasiński i prof. Rydel.

W Nrze 5 Dziennika Zjazdu czytamy, że wedle oświadczeń sekretarza tego posiedzenia Dra Kępińskiego, tak odczyt prof. Szokalskiego, jak i dyskusyja, którą wywołał, mają być ogłoszone w Przeglądzie Lekarskim i z tego powodu nie podajemy sprawozdania z tego odczytu, pozostawiając pierwszeństwo obszernemu referatowi, który gruntowniéj rzecz zapewne przedstawi.

IV-ci Zjazd berliński poświęcony medycynie wewnętrznéj.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 29).

Leube: **O nerwowéj niestrawności.**

Prelegent wspomina, że już Galen pisze o tym stanie chorobowym a z dawniejszych autorów opisuje go Quirinus profesor lipski w roku 1679 bardzo dokładnie. W nowszych czasach skreślił Maas obraz tego schorzenia, którém zajmowali się oprócz autorów francuskich i angielskich także Virchow, Bednar i Pollak; sam L. zebrał spostrzeżenia swoje, poczynione aż do roku 1869 w osobnéj, temu cierpieniu poświęconéj rozprawie.

W przebiegu nerwowéj niestrawności nie wykazano dotąd zmian anatomicznych w narządach dotkniętych, badanie zwraca się więc przedewszystkiém ku całéj grupie objawów klinicznych, którą L. dokładnie opisuje. Chorzy nią dotknięci są zazwyczaj źle zbudowani, chudzi, rzadko tylko zapadają ludzie zdrowo wyglądający. Powstanie téj choroby poprzedza czasami niedokrewność, choroba Brighta, lub nieżyt żołądka. Trawienie sprawia chorym dolegliwości, które przypisać należy układowi nerwowemu: nawały krwi do głowy, zawrót, uczucie zmęczenia, kołatania serca lub tętnienia aorty. Ze strony żołądka pojawia się odbijanie, częstokroć nudności, czasem wymioty a stałym prawie objawem jest uczucie pełności i gniecenia w żołądku; przy obmacywaniu nie zwiększają się zazwyczaj dolegliwości. Do bardzo częstych objawów zaliczyć należy zgagę i uczucie zwane *globus*, czasem trapi chorych uczucie głodu, w innych przypadkach łaknienie ustępuje po spożyciu kilku kęsów; zaparcie stolca jest najczęstszém, rzadko występuje biegunka. Sen bywa niespokojny, usposobienie smutne, a nastrój śledzienniczy wcale nierzadkim. W pewnéj liczbie przypadków występują wszystkie wyliczone przypady, w innych tylko niektóre z nich utrzymują się przez kilka lat pomimo tego, że żołądek trawi znakomicie.

L. odczytuje historyję choroby przypadku nader typowego a wreszcie zastanawia się nad każdym z wyliczonych przypadów z osobna, przytaczając liczby procentowe, zebrane ze stu przypadków własnéj obserwacyi. W przebiegu nerwowéj niestrawności nie bywają zmiany anatomiczne lub przemiany chemiczne przyczyną wymiotów, lecz zwiększona wrażliwość nerwów żołądka Ponieważ nie ma wśród tego cierpienia podstawy do przypuszczenia rozszerzenia żołądka ani téż silnéj aspiracyi ze strony gardziela, jasném jest dla czego wśród odbijania wydobywają się gazy bez smaku i woni a nie miazga kwaśna. L. odbiera wrażenie, jakoby zwykłe trawienie stawało się uciążliwszém dla żołądka z przesadną wrażliwością. Nudności i brak łaknienia tłumaczy się również zwiększoną pobudliwością nerwów, do powstania tych przypadów nie potrzeba wcale obecności zmian anatomicznych żołądka; niektórzy ludzie doznają łaknienia dopiéro wśród jedzenia a u niektórych chorych na raka żołądka istnieje łaknienie pomimo zmiany anatomicznéj. Zgaga występuje najczęściéj, gdy kwaśna miazga dostaje się do gardziela, które nerwy pośrednicza w powstawaniu tego uczucia nie wie L., bez wątpienia jednak może zgagę wywołać tworzenie się

nieprawidłowych kwasów w żołądku, jakkolwiek w jednym przypadku, w którym pojawiał się ten przypad okazało się przy przepłukaniu próbném, że w żołądku tworzyło się za mało kwasu.

Oprócz tych przypadów pochodzących ze żołądka występuje cały szereg objawów ze strony układu nerwowego: ból lub nawały krwi do głowy, bezsenność, niepokój, uczucie zmęczenia i t. p., w kilku przypadkach spostrzegano czkawkę a w 70% przypadków zmianę smaku. Nad uczuciem zawrotu głowy zastanawia się L. nieco obszerniéj. Uczucie to wyliczano od dawna wśród przypadów nerwowéj niestrawności i można sie przekonać, że ono występuje u jednego na sześciu chorych, jużto jako objaw główny już też jako przypad mniéj ważny. Typowo i regularnie pojawia się czasami zawrót skoro tylko poprzedziła zgaga lub uczucie ściskania w gardzielu; czasami występuje ono tylko w pewnym okresie trawienia, np. w dwie lub trzy godziny po jedzeniu, albo bywa zależném od ilości pokarmu spożytego, można je téż nieraz wywołać uciskając lekko okolicę żołądka. Związek zachodzący pomiędzy chorobą żołądka a zawrotem jest dotąd niewytłumaczony. L. uważa za nieodpowiednie zaliczanie wszystkich takich chorych w poczet śledzienników, gdyż zaledwie w 10% przypadków spostrzegał nastrój śledzienniczy. Następnie zastanawia się nad tém, czy rozpoznanie niestrawności nerwowéj jest możliwém na podstawie tego szeregu przypadów i dochodzi do przekonania, że rozpoznanie będzie najczęściéj tylko z pewném prawdopodobieństwem możliwém, to téż skłoniło go do przedsiębrania próbnych przepłukiwań żołądka, aby się przekonać czy można ten rodzaj niestrawności odróżnić od innych rodzajów téjże. Aby należycie ocenić wartość tego sposobu rozpoznawczego należy sobie uprzytomnić pewne zjawiska fizyjologiczne, które pojawiają się u ludzi zdrowych w czasie trawienia. U bardzo wielu osób pojawia się mianowicie pewien wpływ trawienia na stan ogólny, a polega on na uczuciu pewnego niezadowolenia lub pełności. Wpływ ten tłumaczy L. oddziaływaniem narządów przyjmujących pokarmy na układ nerwowy. Instynktowo niejako staramy się uniknąć tego wpływu drzemiąc po obiedzie lub pijąc wśród jedzenia wino albo kawę po jedzeniu, tym sposobem udaje się powstrzymać nieprzyjemne uczucia ze strony układu nerwowego, jeżeli jednak działanie to jest silniejszém i występują objawy ogólne ze strony ośrodków nerwowych rozwija się obraz choroby polegającéj na tle nerwowém, obraz niestrawności nerwowéj. Różnica pomiędzy niestrawnością nerwową a niestrawnością z powodu choroby żołądka zasadza się na tém, że niestrawność drugiego rodzaju przebiega szybciéj i nieregularnie podczas gdy pierwsza jest przyrody wyłącznie symptomatycznéj. Rozpoznanie opiera się na rozróżnieniu czy trawienie odbywa się prawidłowo czy nieprawidłowo; przepełnienie żołądka 6 do 7 godzin po jedzeniu rozstrzyga sprawę, woda wypływająca napowrót powinna być zupełnie czystą co nie zdarza się skoro błona śluzowa żołądka uległa zmianie chorobowéj. Przepłukanie próbne stanowi jedyny stanowczy sposób rozpoznawczy. W dalszym ciągu przeszedł L. systematycznie wszystkie stany chorobowe, któreby mogły w skutek podobieństwa przypadów utrudnić rozpoznanie; charakterystykę schorzenia stanowi nieprawidłowe oddziaływanie żołądka na sprawę trawienia fizyjologicznego, być może, że istnieją w tém schorzeniu pewne zmiany drobnowidowe dotąd ich jednak nie wykazano.

Niestrawność nerwowa może powstać na tle septycznem w skutek zakażenia, wykazano ją jako następstwo mocznicy, zimnicy i zatrucia tytoniowego, niedokrewność i choroby wyczerpujące zapas sił fizycznych mogą ją sprowadzić. W 14tu przypadkach poprzedził chorobę nieżyt żołądka a prawdopodobném jest, że po ustąpieniu nieżytu powstała ona na tle zwiększonéj wrażliwości nerwów. Rokowanie nie jest, zdaniem L., pomyślném; zupełne wyleczenie jest bowiem nader rzadkiém; najlepiéj jeszcze można rokować w przypadkach ogólnych zmian odżywczych lub w przypadkach przyrody zakaźnéj. *Quoad vitam* jest rokowanie dobrém jakkolwiek w dwóch przypadkach z obserwacyi autora rozwinęła się gruźlica. Leczenie najodpowiedniejsze polega na zastósowaniu wodolecznictwa, pobytu w okolicach górskich, kąpiel morskich i starannego wyboru pokarmów.

W dyskusyi, która się rozwinęła nad tym przedmiotem, brali udział Ewald, Finkler, Senator, Jürgensen i inni. Z kolei zabrał głos

Goltz: **O lokalizacyi czynności mózgowych.**

Pewne miejsca kory przodkowych płatów mózgowych uważano w ostatnich czasach za ośrodki ruchowe zwierząt, zadrażnienie elektryczne tych miejsc wywoływało skurcze, wycięcie ich dawało powód do porażeń pewnych grup mięśniowych. Ferrier sądzi, że ośrodek ruchowy dla odnóg przodkowych leży w t. zw. pasie pobudliwym *(erregbare Zone)*. Do rezultatów wprost przeciwnych doszli Fritsch i Hitzig, ci twierdzą bowiem, że wycięcie tych miejsc nie sprowadza porażeń, Schiff dowodzi, że uczucie dotyku bywa upośledzoném po wycięciu t. zw. pasma pobudliwego, Munk wreszcie rozszerza zapatrywanie Schiffa i głosi, że uczucie bólu bywa również zniesioném w tych miejscach. W skutek tego znieczulenia traci zwierzę zdolność poruszania temi odnogami.

G. utrzymuje, że udowodnił, iż wszyscy ci badacze zbliżyli się jedynie do prawdy. Porażenie nie następuje po odjęciu ośrodków ruchowych, lecz tylko pewne upośledzenie czynności mięśni, również i czucie bywa utrzymaném jakkolwiek rozwija się pewne odrętwienie a to tylko wśród pewnych okoliczności. Chcąc uchylić się od zarzutu, że za małe tylko zakresy ośrodków ruchowych odejmował, wycinał G. nie tylko istotę szarą lecz także całe płaty wraz z podstawą a mimo tego nie mógł potwierdzić spostrzeżeń Munka, co więcéj otrzymał on następujący szereg zmian po głębokiém zniszczeniu t. zw. pasma motorycznego: ruchy dowolne, chodzenie, stanie, bieganie były możliwemi. Nie były one wcale ruchami podobnemi do odruchów lub poruszeń maszyny, gdyż zwierzęta żywiły się dowolnie, biegły ku misce z pożywieniem, odganiały inne psy szczekaniem lub kąsaniem, czego wszystkiego za odruch uważać nie można. Czucie nie było również zniesione, było może nieco upośledzone wśród pewnych jednak okoliczności można było nawet przeczulicę u tych zwierząt spostrzedz, gdy np. podniecano baczność zwierzęcia. Nawet po odjęciu pasma czuciowego Munka, oddziaływały zwierzęta, a zdradzały to zgrzytaniem zębami lub szczekaniem gdy się ich dotykano ostrożnie podczas gdy się żywiły, co świadczy bez wątpienia o istnieniu czucia. Jeżeli Munk nie popadł przypadkiem w błąd wśród swoich spostrzeżeń to wykazał jedynie, że czucie może być zniesione tym sposobem, G. zaś dowodzi, że ono nie musi być zniesione. Jeżeli jednak rzecz ma się tak w istocie to usprawiedliwionym jest wniosek, że oprócz miejsca wyciętego pośredniczą inne okolice kory mózgowéj w przejmowaniu wrażeń czuciowych. Przyjmując zda-

nie powyższe za pewne obala się tym sposobem podstawę całéj obecnéj nauki o lokalizacyi w mózgu.

Na podstawie swoich doświadczeń doszedł G. do spostrzeżeń zupełnie nowych, a na podstawie tychże możnaby oprzeć nową naukę o lokalizacyi. Zwierzęta, mianowicie te, którym odjęto część płatów przodkowych po obu stronach, zachowują się nader niezręcznie tak, że wnosić można, iż one tracą własność odpowiedniego kombinowania grup mięśniowych, aby wykonać pewną czynność. Drugiém zjawiskiem jest wzmocnienie pewnych odruchów, tak że zachowanie się tych zwierząt dorosłych jest bardzo podobném do zachowania się szczeniąt. Prawdopodobnie przychodzą starsze zwierzęta do poznania, że ruchy te są nieodpowiedniemi i starają się nad niemi zapanować.

Najwięcéj zajmującą jest zmiana usposobienia: psy, którym odcięto głęboko płaty przodkowe, stają się złośliwemi, okazują pewne podniecenie i ruchliwość, podczas gdy psy z odciętemi płatami tylnemi stają się spokojnemi i dobremi, a zmiana ta była nader wybitną u zwierzęcia przed tém bardzo złośliwego. Oprócz tego można u ostatnich spostrzedz znaczne przytępienie bystrości zmysłów, pomimo że nie są wcale głuchemi ani ślepemi.

Gdyby się chciano puścić na drogę hipotez, przeciw czemu zastrzega się autor, możnaby snadnie uważać te zjawiska za przyczynki do stwierdzenia nauki Galla, który twierdził, że płaty przodkowe są siedliskiem niedowierzania i złości, tylne siedliskiem usposobień łagodnych; autor ostrzega jednak przed przedwczesném stósowaniem tych zjawisk fizyjologicznych do patologii ludzkiéj.

Następnie okazał G. psa, któremu wycięto w październiku roku zeszłego t. zw. ośrodki ruchowe i rzeczywiście nie okazywał pies ten żadnych porażeń, lecz tylko podniecenie przez autora poprzednio opisane, utrudnienie kombinacyj ruchów mięśniowych i zwiększoną pobudliwość odruchową. Dnia następnego okazał G. na mózgu tegoż psa, którego zabito tymczasem, że po obu stronach były t. zw. ośrodki ruchowe zupełnie zniszczone a pomimo tego nie można było za życia wcale spostrzedz porażeń.

W dyskusyi nad tym przedmiotem zabierali głos Günther, Rosenthal i Nothnagel. (Dok. nast.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* **Cholera.** Wiadomości o pojawieniu się cholery w Lugdunie widocznie była mylną; zaraza więc ogranicza się dotąd do wybrzeża Morza śródziemnego, jakkolwiek w Tulonie i Marsylii sroży się nieustannie. Obawy więc co do szybkiego przeniesienia się jéj do innych krajów maleją, a sprawozdanie tygodniowe prof. Draschego we Wiedniu równie opiewa uspokajająco. Dr. Koch jest już z powrotem w Berlinie, a urzędowa gazeta berlińska oświadcza, że sprawozdanie dzienników o zapatrywaniu jego na sposób zapobiegania cholerze nie są wiarogodne. Ale dla czego Koch nie zdaje sam sprawy z doświadczeń swych, czynionych we Francyi?

Statystyka epidemij. W tygodniu od 6 do 12 lipca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 25.2. Z ospy umarło 2 (2 z. t.); z płonicy 1 (1 z. t.); z błonicy 2 (1 z. t.); z krztuśca 1 (0 z. t.); z duru brzusznego 1 (2 z. t.); z duru osutkowego 0 (2 z. t.); z róży 2 (2 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 6 przypadkach ospy, 1 płonicy, 1 krztuśca, 3 odry. W tygodniu od 29 czerwca do 5 lipca ospa w Londynie zabrała ofiar 30, leczyło się w szpitalach 1449, świeżo przybyło 286. W Wiedniu, Petersburgu, umarło po 1, w Paryżu, Odesie, Maladze po 2; w Liwerpolu i Lizbonie po 3, w Turynie i Brukseli po 4, w Bombayu 6, w Nowym Orleanie 7, w Pradze 11, w Kalkucie i Madrasie (od 11—17 maja) 28 względnie 53. Odra panuje w Paryżu, Londynie, Liwerpolu, Roterdamie i Hadze. Z duru brzusznego umiera więcéj w Paryżu i Londynie. Z duru osutkowego umarło w Saragosie i Granadzie po 1, w Madrasie (od 21—27 kwietnia) 2. Z cholery umarło w Madrasie i Kalkucie od 11—17 maja 1 względnie 67, w Bombayu od 4—10 czerwca 7.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 29 czerwca d 5 lipca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 39,3; w Warszawie 27,9; w Poznaniu 39,1: w Wiedniu 24,0; w Pradze 38,6; w Tryjeście 28,1; w Berlinie 32,7; we Wrocławiu 31,0; w Hamburgu 29,0; w Mnichowie 32,1; w Gdańsku 30,3; w Dreźnie 31,9; w Lipsku 25,6; w Bazylei 13,9; w Hadze 28,1; w Paryżu 23,0; w Londynie 19,6; w Kopenhadze 24,0; w Stokholmie 24,6; w Chrystyjanii 19,3; w Petersburgu 27,7; w Odesie 41,7; w Rzymie 26,6; w Wenecyi 22,0; w Bukareszcie 29,4; w Madrycie 28,3; w Lizbonie 22,1; w Aleksandryi 38,0; w Nowym Jorku 24,7; w Filadelfii 20,5; w Bombayu 26,6; w Madrasie 37,3. *J. B.*

Śmiertelność we Lwowie (liczącym 115.544 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). W tygodniu od 29 czerwca do 5 lipca zmarło 57 osób, co odpowiada śmiertelności na rok i 1,000 m. 25·7. W tym czasie zmarło 3 osób z dyfteryi, 1 z krztuśca, 1 z duru brzusznego.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 23 lipca. W poniedziałek ostatni odbyło się w Akademii Umiejętności posiedzenie jéj Wydziału matematyczno przyrodniczego, na którém prof. Rostafiński przedłożył swą pracę pod tytułem: Stosunek rozwoju cholery z r. 1873 w Krakowie do współczesnych opadów atmosferycznych. Rzecz statystyczna podjęta w sprawie sporu między pp. Pasteurem i Kochem. Skreśliwszy dotychczasowy wynik badań Dra Kocha prelegent okazał tablicę, na któréj graficznie przedstawił tak szerzenie się cholery w Krakowie w czasie epidemii w r. 1873, jak i ilość współczesnych opadów meteorycznych. Z zachodzącego stosunku uwydatnił te dane, które przemawiają za zapatrywaniami Dra Kocha. Po zajmującym tym wykładzie treści rozprawy, nad którą prof. Rostafiński pracuje, nastąpiła krótka dyskusyja, w któréj zabierali głos prócz prof. Dra Rostafińskiego, prof Dr. Czyrniański i Dr. Warschauer.

* **Ruch kąpielowy.** Do d. 16 bm. było gości w Krynicy 1494, w Rożnowie 910, w Szczawnicy 1554, w Gainfarn 766, w Giesshüblu 209, w Cieplicach czeskich 4980, w Truskawcu do 20 bm bawiło osób 692.

* Kierujący naukową wyprawą na pograniczach turecko-perskich Dr. Jabłonowski przybył około 20 czerwca do Bagdadu; ze względu jednak na ustającą dżumę w Bagdadzie, rodak nasz zamierzył udać się do Mendyli i Bedra-Dżesan, gdzie grasuje morowa zaraza.

* W Anglii powstało „Pocztowe Towarzystwo mikroskopijne“, którego celem jest rozsyłka członkom tego Towarzystwa ważniejszych preparatów histologicznych, mających bezpośredni związek z nauką lekarską. Co 2 tygodnie otrzymują członkowie po 12 nowych preparatów, a co 3 miesiące Nr. dziennika: *Journal of microscopy.* (*The Lancet* 21 czerwca).

* Z wykazu przedstawionego Parlamentowi angielskiemu wynika, że w r. 1883 zabito przy doświadczeniach wiwisekcyjnych tylko 15 zwierząt; badaniami trudniło się 32 uczonych, którzy wykonali 535 doświadczeń. (*The Lancet* 21 czerwca).

* Sławny podróżnik Graham wzniósł się na wyżyny Himalai do 23,700 stóp nad powierzchnię morza, t. j. o 1,700 stóp wyżéj, aniżeli dotychczasowe usiłowania ludzkie sięgały. Graham powiada, że „podczas wznoszenia się na te wyżyny nie doświadczył żadnych zaburzeń oddechowych, oprócz zwykłego zmęczenia. Nie doznał on mdłości, krwotoków nosowych, ogłuszenia lub oślepienia, a jedyny narząd, na który to wznoszenie wywierało widoczny wpływ było serce, którego bicie było nader silne. (*The Lancet* z 21 czerwca).

* Znany badacz Paget przytacza interesujące liczby statystyczne, wykazujące stosunek zdrowia do pracy w Anglii. Na jednego robotnika przypada 9 dni choroby rocznie, co

dla całego państwa wynosi stratę 20 milijonów tygodni, i w przybliżeniu wynosi 300 milijonów złr. (*Med. Presse* z 25 czerwca).

* **Wiedeń** Sprawa Dra Spitzera, skazanego, jak w swoim czasie donieśliśmy, przez Sąd powiatowy na utratę dyplomu za dopuszczenie się błędu lekarskiego, toczyła się ponownie przed Sądem krajowym, w drodze rekursu. Sąd czyniąc zadość wnioskowi obrońcy postanowił zażądać orzeczenia Wydziału lek. i tym sposobem sprawa weszła na tor właściwy.

Śród obawy przed cholerą nie zwrócono uwagi na przypadki wścieklizny, coraz częściéj w stolicy pojawiające się w skutek ukąszenia przez psy chore. Czasopisma lekarskie domagają się słusznie stosowania kagańców.

* **Wiadomości osobowe.** Dr. Peters mianowany został starszym lekarzem w armii czynnéj w Krakowie.

Stopnie doktorów w. n. lek. w Uniw. Jagiell. otrzymali pp. Erazm Krzyszkowski z Krzeszowic, Stanisław Braun z Jaszczew w Galicyi, Kazimierz Musiałowicz z Krakowa, Aleksander Bossowski z Tenczynka, Jan Stefanicki z Nałuża w Galicyi.

W dniach 17, 18 i 19 bm. otrzymali na Uniwersytecie Jagiellońskim stopnie magistrów farmacyi następujący panowie: Bemben Franciszek rodem z Lipinek, Ćwik Tomasz z Bochni, Daczyński Maryjan z Grybowa, Krasiński Roman z Godowy, Krasuski Gustaw z Łówczówki, Markiewicz Ludwik z Drohobycza, Miaskowski Jan z Kamienia, Świątkiewicz Henryk z Jasienicy, Świtalski Władysław Ludwik z Przeworska, Weiss Alfred z Krosna. Wrzesiński Bolesław Ignacy z Brzozówki (Król. Pols.), Trybuła Ignacy z Żmigrodu.

* **Mianowania.** Dr. Julijusz Niedermann prymaryjusz i docent prywatny, mianowany został dyrektorem zakładu krajowego dla obłąkanych w Budapeszcie. Dyrektor powszechnego szpitala w Pradze Dr. Smoler mianowany został zdrowotnym referentem Królestwa czeskiego.

* **Nekrologija.** W Kroacyi umarł Dr. Aleksy Vaneas, prezes tamecznéj Rady sanitarnéj.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 29: Rejchmana: O tak zwanéj niestrawności kwaśnéj; Adamkiewicza: O ucisku mózgu. W *Medycynie* Nr. 29: Zieleniewskiego: Treść zasad hydroterapii, z dołączeniem opisu ojczystych zakładów wodoleczniczych.

Redakcyja otrzymała:

Dr. J. KOSZUTSKI: 1) O stosunku dyfteryi do krupu i o jéj wyłącznie lokalném leczeniu jednochlorkiem rtęci.

2) Etyjologija i leczenie choleryny niemowląt i dzieci. Poznań, 1884.

Piśmiennictwo lekarskie. BRAUNE W., u. W. HIS. Leitfaden f. die Präparanten der anatomischen anstalt in Lepzig. 8 Leipzig, Veit et Co. M 1.20.

Do Nru dzisiejszego załącza się tablica odnosząca się do artykułu Doc. Dra Jaworskiego.

W zastępstwie redaktora: **Dr. A. Kwaśnicki.**

L. 951.

KONKURS.

W celu obsadzenia posady sekundaryjusza i lekarza domowego przy izraelickim szpitalu i domu kalek we Lwowie rozpisuje się niniejszém konkurs.

Emolumenta są: Płaca roczna 300 złr., wolne mieszkanie w szpitalu, opał i światło.

Posadę rzeczoną nadaje się na przeciąg trzech lat, a petenci mają się wykazać dyplomem uzyskanego stopnia doktora wszech nauk lekarskich, względnie doktora medycyny i chirurgii i powinni być stanu wolnego.

Obowiązki z tą posadą połączone określa bliżéj statut szpitalny.

Podania winny być wniesione do kancelaryi naszéj najdaléj do dnia 1 Września rb.

Przełożeństwo Zboru izraelickiego.

Lwów dnia 1 Lipca 1884 r.

L. 12722/83.

OGŁOSZENIE.

WODY MINERALNE KRYNICKIE

należące do szczaw żelazistych i ze swéj skuteczności w różnych słabościach powszechnie znane utrzymuje w Ciechocinku Gąbczyński; w Husiatynie Friedmann; w Jarosławiu Wisłocki; w Kijowie Marcińczyk, Seidl; w Krakowie Goldwasser, Hawełka, Wentzl; we Lwowie Goldbaum, E. Meudrochowitz, Mikolasch; w Przemyślu Kozłowski; w Tarnopolu Jamrogiewicz; w Tarnowie Traun; w Warszawie Heinrich, Lilpopp, Kucharzewski, Ziemieński; w Wiedniu Mattoni; w Wilnie Gruszewski.

Broszury i wyjaśnienia udziela na żądanie bezpłatnie c. k. Zarząd zdrojowy w Krynicy.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 2 sierpnia 1884. № 31. Rok XXIII.

I. Przyczynek do nauki o leczeniu ran.

Podał prof. J. Mikulicz w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 30).

Przytoczone tu stosunki są nader ważne ze względu na dezinfekcyję w celach higijenicznych. W obec tego, że prawie wszystkie mikroorganizmy patogeniczne bywają z chorego ustroju wydalane wraz z wydzieliną białko zawierającą, traci sublimat w znacznéj części swą siłę dezinfekcyjną. To też kwas karbolowy zarówno jak dla dezinfekcyi plwocin suchotniczych tak i dla innych celów higijenicznych zachowa swe znaczenie, a nawet będzie lepszym od sublimatu. W moich doświadczeniach uwzględniłem zresztą tylko kwestyję upośledzenia gnicia a nie uwzględniłem zarazem i kwestyi zniszczenia zarodków gnilnych, t. j. dezinfekcyi w ściślejszém znaczeniu, do czego oczywiście byłoby potrzeba jeszcze mocniejszego zgęszczenia. Nie przedsiębrałem dla tego dalszych doświadczeń, gdyż już dla utrudnienia gnicia doszedłem do tak mocnych rozczynów (1:400—500), że zastosowanie mocniejszych na rany z powodu drażniącego i trującego działania sublimatu nie ma wartości dla postępowania przeciwgnilnego. Zresztą nie może istnieć wielka różnica pomiędzy zgęszczeniem rozczynu sublimatu potrzebném do upośledzenia gnicia w płynach białko zawierających i do dezinfekcyi zupełnéj. Upośledzenie gnicia nastąpi z pewnością, skoro tylko bardzo mała cząstka z dodanéj pierwotnie większéj ilości sublimatu pozostanie w rozczynie nierozłożona. Trochę większa nadwyżka może już zniszczyć wszystkie mikroorganizmy. Przypuśćmy np., że dodano sublimatu 2:1,000 = 60:300,000, to dla powstrzymania gnicia wystarczy, żeby $^1/_{60}$ część pozostała nierozłożona. Jeżeli wśród tych samych warunków dodamy zamiast 2:1,000, 3:1,000 = 90:300,000, to prawie $^1/_3$, t. j. 1:1,000 sublimatu nie ulegnie rozkładowi co już wystarczy do zniszczenia wszystkich żyjątek w płynie. W ten sposób można pojąć, że w płynie zawierającym białko po dodaniu 1‰ sublimatu wszystkie prawie objawy gnicia mogą nie doznać upośledzenia, gdyż cała ilość sublimatu ulega rozkładowi, po dodaniu 2‰ sublimatu gnicie zupełnie ustaje, a po dodaniu 3‰ płyn zupełnéj ulega dezinfekcyi.

Jeszcze jeden czynnik zasługuje na uwzględnienie. Sublimat rozłożony na białkan rtęciowy także nie pozostaje całkiem bez wpływu. Fr. Boillet *(Journ. f. pract. Chemie 25,300, Jahresbericht über die Fortschritte d. Thierchemie*, XII, 508) wykazał szeregiem doświadczeń, że połączenia białka, powstałe w skutek działania antyseptycznie działających soli ciężkich metali, bardzo długo opierają się zgniliźnie nawet po wyługowaniu pierwotnéj soli. Najdłużéj opierał się zgniliźnie białkan rtęciowy. Jeżeli surowicę krwi lub białko kurze zmieszano z nadwyżką sublimatu i wymyto następnie osad na sączku, to w nim grzybki i gnicie rozwinęły się dopiero po 45, a względnie po 60 dniach.

Reasumując wszystko, co powiedziałem o działaniu sublimatu na rozczyny białka, przyjdziemy do przekonania, że w słabych rozczynach nawet w rozczynie 1:1,000 wobec bogatéj w białko wydzieliny rannéj sublimat wcale nie działa w wyższym nieco stopniu antyseptycznie, i w ogóle dorównywa słabym nawet 1% rozczynom kwasu karbolowego. Mocniejsze natomiast rozczyny, a mianowicie 2‰ i 3‰ nawet wobec znacznéj ilości istot białkowatych na pewne upośledzają gnicie i działają dezinfekcyjnie.

Nie wolno wprawdzie jeszcze z tych liczb wysnuwać pewnych wniosków dla praktyki. Już przedtém bowiem nadmieniłem, że działanie sublimatu na rany nie zależy jedynie tylko od obustronnego zgęszczenia, ale także od ilości wydzieliny i użytego sublimatu. Wszakże byłoby także możliwém, że bardzo słaby rozczyn, np. $^1/_{10}$%, wystarczy do zupełnéj dezinfekcyi małéj ilości wydzieliny lub małéj rany, byleby go użyto w dostatecznéj ilości i tak długo do rany go doprowadzano, aż nietylko cała ilość wolnego białka opadnie ale nawet jeszcze pozostanie nadwyżka wolnego sublimatu. Ale działanie to, nawet i przy mocniejszém zgę-

szczeniu, wszędzie tam będzie przemijającém, gdzie świeża wydzielina dopływa i rozkłada wolny sublimat.

Według tego działanie antyseptyczne używanych rozczynów sublimatu (1:1,000—2,000) na rany i tychże otoczenie będzie bardzo rozmaitém. Będzie ono tém słabszém, im bogatszém w białko jest wydzielina, im więcéj rana wydziela, a najsłabszém oczywiście przy ranach zupełnie świeżych i podczas operacyi; będzie tém słabszém, im krócéj sublimat z raną się styka, i im mniéj sublimatu do tego użyto. Irygacyja rany sublimatem, pomijając już zgęszczenie, będzie tém pewniéj działać, im częściéj się iryguje.

Jasną jest rzeczą, że wobec tego, że na ranach warunki dla działania sublimatu są bardzo zmienne, nie może téż być mowy o stałym i jednakim wpływie tegoż. W skutek tego, mojém zdaniem, używane rozczyny kwasu karbolowego (2—5%) jako bardzo mało zależne od przytoczonych warunków lepiéj się nadają nietylko do irygacyi ran ale i do całego postępowania przeciwgnilnego. Wprawdzie działanie przeciwgnilne wśród pewnych warunków może być słabszém niż przy sublimacie, ale będąc daleko stalszém jest i pewniejszém. Wolno więc powątpiewać, czy zastosowanie używanych rozczynów sublimatu do ran i macicy po porodzie większe przynosi korzyści niż rozczyn kwasu karbolowego. Także i przez doświadczenie praktyczne nie łatwo będzie to udowodnić, gdyż ci, którzy do profilaktycznéj części postępowania przeciwgnilnego używają wyłącznie sublimatu, a więc należycie oczyszczają wszystko to, co z raną ma się zetknąć, już z góry usuwają wszelkie źródło zakażenia wyjąwszy zakażenia z powietrza, które dla ran w ogóle ma podrzędne tylko znaczenie a dla jamy macicy jest prawie obojętném. Oczywista więc, że wobec tego sama rana nie potrzebuje mocnego środka przeciwgnilnego; z tego téż powodu trudno dokładnie ocenić stopień działania środka przeciwgnilnego zastosowanego na taką ranę. Gdyby sublimat rzeczywiście samą ranę energicznie dezinfekcyjonował, to możnaby się obejść bez wszelkich dalszych procedur antyseptycznych; jednorazowe należyte wypłukanie całéj rany z końcem operacyi bez wszelkich innych kauteli antyseptycznych musiałoby sprowadzić należytą dezinfekcyję rany i doprowadzić do tych samych wyników co i dotychczas używana metoda antyseptyczna.

Nie brak téż już głosów zalecających do zlewania rany zamiast sublimatu jakiś płyn obojętny. Neuber (*Mittheilungen aus d. chirurg. Klinik zu Kiel. Vorschläge zur Beseitigung d. Drainage.* Kiel, 1884) w ostatnich czasach radzi skrapiać ranę podczas operacyi 0·6% rozczynem soli kuchennéj i tylko bezpośrednio przed założeniem szwów szybko zmyć raz ranę sublimatem (1:2,000). Trudno jednak na podstawie poprzedzających wywodów powątpiewać, żeby tak słaby rozczyn sublimatu, zetknąwszy się tylko raz i to „szybko“ z raną obficie wydzielającą, mógł więcéj zdziałać jak zwykła gotowana woda.

Mäurer (*Cntrbltt f. Gynäk.*, 1884, Nr. 17) radzi albo wcale nie przestrzykiwać macicy w połogu, albo użyć do tego słabych rozczynów sublimatu (1:5,000), albo nawet świeżo gotowanéj wody. Dziś w ogóle większa część położników jest tego zdania, że przy prawidłowym porodzie i połogu wszelkie przestrzykiwania macicy, a nawet i pochwy wśród połogu, są zbyteczne. Także i ze stanowiska teoretycznego trzeba zaprzeczyć potrzebie irygowania rany już z natury tak dobrze wydrenowanéj, jeżeli podczas lub po porodzie nie uległa zakażeniu; podczas gdy dezinfekcyję pochwy i zewnętrznych części rodnych należy uważać za równie ważną jak i dezinfekcyję pierwotną pola operacyjnego przed operacyją.

Czy wobec istniejącego już zakażenia rany lub macicy po porodzie sublimat działa z lepszym skutkiem i szybciéj i pewniéj jak inne środki przeciwgnilne, a zwłaszcza wypróbowany już w celach chirurgicznych octan glinowy, z tego na podstawie dotychczasowych doświadczeń nie mogę sobie zdać należytéj sprawy. Kümmel twierdzi, że sublimat w krótkim czasie oczyszcza śmierdzącą wydzielinę a na podstawie poprzednich uwag nie można wątpić, że dłuższe i często powtarzające się zmywanie rany może działać dezinfekcyjnie nawet wobec już istniejącego rozkładu. Oprócz tego Küstner na zeszłorocznym Zjeździe przyrodników w Fryburgu twierdził, że spostrzegł po wymyciu macicy sublimatem szybkie zniknięcie kokków znajdujących się zarówno w zdrowéj jak i w patologicznéj wydzielinie, co nie miało miejsca po irygacyi innemi środkami; z referatu tego jednak (*Centralbltt. f. Gynäk.* 1883, Nr. 44) nie mogę dojść, czy te badania odnoszą się także do macicy w połogu. Podobne uwagi, które przy téj sposobności zrobił Fränkel co do gonokokków oczywiście odnosiły się tylko do macicy nie w połogu; a w takim razie „szybkie“ działanie sublimatu daleko łatwiéj doprowadza do skutku niż w macicy wśród połogu. Przez przestrzykanie sublimatem usuwamy naprzód drogą czysto mechaniczną z drobnéj względnie mało wydzielającéj jamy o gładkich ścianach wszelką wydzielinę; przytém daléj sublimat może działać na powierzchnię błony śluzowéj mocno dezinfekcyjnie. Całkiem odmienne są stosunki w macicy po porodzie, któréj jama jest znacznie większa, a nierówne ściany dość znaczną ilość wydzieliny wydzielają. Resztki deciduy rozpadając utrudniają w znacznéj części dostatecznie głębokie działanie sublimatu. Żeby więc i tu osiągnąć należyte zadziałanie sublimatu trzeba albo użyć mocniejszych rozczynów, albo większéj ilości sublimatu, albo téż wreszcie bardzo często irygować.

Oczywiście zwiększa się w ten sposób niebezpieczeństwo zatrucia. Jeżeli się jeszcze zważy, że macica po porodzie daleko więcéj każdego płynu wsysa aniżeli zwykła otwarta rana, to już z góry trzeba przyznać, że dosadna dezinfekcyja jamy macicy za pomocą sublimatu dla organizmu jest daleko niebezpieczniejszą jak dezinfekcyja skóry, części rodnych zewnętrznych i pochwy. Nad kwestyją zatrucia zastanowimy się zresztą jeszcze późniéj. (C. d. n.)

II. Z kliniki okulistycznéj prof. Dra Rydla.

Spostrzeżenia kliniczne nad zaćmą i jéj operacyją poczynione od 1go stycznia 1878 po koniec 1882 roku.

Podał Dr. E. Machek,
docent w Uniw. Jagiell. i b. asystent kliniki okul.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 30).

Jakkolwiek z zasady, z powodów powszechnie znanych, operowano tylko zaćmy dojrzałe i przejrzałe, to przecież wyjątkowo operowano także niedojrzałe chociaż już dość daleko posunięte. Skłaniał do tego bardzo powolny rozwój zaćmy lub niemożność ze strony chorego przedsięwzięcia powtórnéj dalekiéj podróży. Sąto względy, które niekiedy zmuszają operatorów do wykonania operacyi, pomimo że zaćma nie jest dojrzałą, chociaż pomyślny wynik staje się mniéj prawdopodobnym niż w razie jéj zupełnéj dojrzałości.

Z tego powodu od dawna zastanawiano się nad tą sprawą i podawano sposoby, które sprowadzić lub przynajmniéj przyspieszyć mogą dojrzałość zaćmy. Już Graefe w roku 1864, a przed nim jeszcze Muter w r. 1813 radzili rozcinać torebkę przodkową na kilka tygodni przed wydobyciem płatowém zaćmy celem sprowadzenia jéj dojrzałości. W roku 1874 Mooren z Düsseldorfu (*Ophthalmologische Mittheilungen* str. 173) zalecił w tym celu wykonanie irydektomii a w 3 do 4 tygodni późniéj przecięcie torebki przodkowéj. Postępowanie to zastósowano w trzech przypadkach zaćmy samorodnéj zresztą niepowikłanéj, skutkiem czego zaćmiła się znaczna część kory przed tém przeźroczystéj. Operacyję w tych przypadkach wykonano jednakże zanim jeszcze zaćmy zupełnie dojrzały i uzyskano we wszystkich trzech przypadkach co do widzenia skutek pomyślny (mianowicie $S^6/_{60}$, $^6/_{24}$ i $^6/_{60}$). Częściéj poprzedzono operacyję zaćmy irydektomiją w przypadkach zaćmy powikłanéj. W jednym wreszcie przypadku zastósowano postępowanie przez Moorena zalecone z widocznym już za pobytu choréj w klinice skutkiem, lecz chora uwolniona z poleceniem, aby się do operacyi zaćmy późniéj zgłosiła nie pojawiła się dotąd w klinice.

Nowy sposób przyspieszenia dojrzałości zaćmy podał Förster z Wrocławia w roku 1881 na Zjeździe okulistów w Heidelbergu (*Bericht über die 13 Versamlung der ophthalmologischen Gesellschaft in Heidelberg*). Förster spostrzegł mianowicie, że już po wykonaniu saméj irydektomii zaćma szybciéj dojrzewa i sądził, że to jest skutkiem przesunięcia się warstw soczewkowych w chwili, kiedy soczewka po odpłynięciu cieczy wodnéj parła przez ciałko szklane posuwa się naprzód. Sztuczna dojrzałość nastąpi tém wcześniéj i zupełniéj im znaczniejszemu niedojrzałe warstwy kory ulegną przesunięciu. Chcąc zaś przesunięcie warstw soczewkowych tém pewniéj sprowadzić, radził Förster aby po wycięciu tęczówki ugniatać lekko soczewkę za pomocą tępego narzędzia, np. haka do operowania zezowatości używanego, lub łyżeczki Daviela, przesuwając narzędzie po rogówce. Postępowanie Förstera zastósowaliśmy w dwóch przypadkach niedojrzałéj zaćmy niepowikłanéj, a w obu można było stwierdzić niewątpliwie szybkie wzmaganie się zaćmienia. Wynik ostateczny co do widzenia był pomyślny. Historyję choroby jednego z takich przypadków, chociaż sprawozdaniem tém nieobjętego, ponieważ operacyję już w roku 1883 wykonano, przytoczę z powodu, że ona dowodzi, iż w niektórych przynajmniéj przypadkach postępowanie Förstera dojrzałość zaćmy w bardzo krótkim czasie sprowadza.

S. R. lat 63, izraelita, kupiec z Krakowa, od kilku lat już spostrzega, że gorzéj widzi. Przed 2 już laty rozpoznano w klinice ruchoméj: *Cataracta non matura oc. utr.* Prawém okiem liczył wówczas palce w odległości jednego metra, lewém w odległości 2 metrów. Polecono mu aby się co miesiąc zgłaszał do kliniki ruchoméj, celem śledzenia postępów zaćmy. Gdy przez dwa lata zaćmienie soczewki prawie nie postąpiło a chory i jego rodzina naglili żeby operacyję wykonać, przyjęto go więc 2 kwietnia 1883 r. do kliniki stałéj, celem sprowadzenia sztucznéj dojrzałości zaćmy. Badanie wykazało, że bystrość wzroku od 2 lat nie zmieniła się na oku prawém a tylko nieznacznie zmniejszyła na oku lewém, którém obecnie tylko na półtora metra palce liczył. Rogówki były czyste, przodkowe komórki średnio głębokie, tęczówki tak co do utkania jak i co do reakcyi prawidłowe, soczewki okazywały szare kreski i pręgi porozrzucane w korze soczewkowéj, skutkiem niejednostajnego i niezupełnego zaciemnienia na pół jeszcze przeźroczystéj. W oku prawém od zewnątrz widać było szeroki klin okazujący połysk perłowéj macicy, na l. oku kilka takich węższych. Dnia 7 kwietnia przystąpiono do operacyi na oku prawém. Wycięto z tęczówki ku górze kawałeczek szerokości 5 mm. Po wyparciu krwi, która się dostała do przodkowéj komórki, ugniatano soczewkę, przesuwając po rogówce haczyk Graefego używany do operacyi zezowatości (Förster). Dnia następnego: Nastrzykanie rzęskowe dość silne, źrenica wąska, ciecz wodna czysta, rogówka od góry lekko zaćmiona, jéj powierzchnia gładka. W ciągu dnia zapuszczano 3 razy atropin. 11 kwietnia: Nastrzykanie rzęskowe ustąpiło, oko blade. Rogówka czysta, jéj powierzchnia gładka. Przodkowa komórka głęboka, ciecz wodna czysta. Źrenica rozszerzona, tylnych przyczepin nie ma, jeden koniec szczeliny sztucznéj przyrośnięty do torebki przodkowéj, kora soczewkowa zaćmiła się widocznie, tak, że zaledwie w powierzchownych warstwach można się dopatrzyć śladu niejednostajnego zaciemnienia, które przed operacyją w postaci kresek i pręgów występowało. Najlepszym jednakże dowodem, że zaćmienie się wzmogło było upośledzenie wzroku. Chory nie liczył teraz palców, a 18 kwietnia rozpoznawał niepewnie ruchy ręki. Dnia następnego wystąpił z poleceniem zgłoszenia się po 4 tygodniach do kliniki. Czwartego czerwca przyjęto go powtórnie. W korze na obwodzie można było wykazać jeszcze drobne nie zupełnie zaćmione części. Dnia następnego wydobyto zaćmę. Przebieg operacyi jak nie mniéj przebieg sprawy gojenia był wzorowy. W miesiąc późniéj wykazało badanie wzroku $^6/_{36}$, badany czytał najdrobniejszy druk hebrajski, a w maju 1884 podniosła się bystrość wzroku na $^6/_{24}$.

Wspomnieć nareszcie muszę, że postępowanie Förstera zastósowano także kilka razy w innych przypadkach, w których niedojrzałe zaćmy powikłane były z innemi chorobami, jak np. z przyczepinami tylnemi, zanikiem tęczówki, a raz jaskrą. I w tych przypadkach spostrzegaliśmy, że postępowanie Förstera zaćmienie samowolnie przyspieszało. Również dodać muszę, że wcale nie spostrzegaliśmy aby przy ugniataniu soczewki haczykiem więzadełko Zinna było się kiedy przerwało. Obawa zwichnięcia soczewki podczas ugniatania kory, którą Arlt już w Heidelbergu wypowiedział, najprawdopodobniéj nie zachodzi, jeżeli operacyję wykona się z należytą ostrożnością.

Zdaje się więc, że postępowanie zalecone przez Förstera, może być stósowane w przypadkach, w których zaćmę niedojrzałą z konieczności operować wypadnie.

Wszystkie 308 operacyj wykonano sposobem obwodowym linijowym Graefego z ulepszeniem Arlta, dotyczącém wycięcia płatu spojówkowego i prowadzenia cięcia, skutkiem którego powstaje ranka nie ściśle linijowa lecz lekko łukowata. Ten sposób operowania przyjął prof. Rydel już od roku 1874.

P r z e b i e g o p e r a c y i: Operacyja odbyła się zupełnie prawidłowo, to jest bez wprowadzania jakichkolwiek narzędzi wyciągających zaćmę, bez upływu ciałka szklanego, bez znaczniejszego krwotoku, pozostawienia w oku większych szczątków zaćmy itp. przygód 227 razy, tj. w 73·7% wszystkich operacyj zaćm niepowikłanych; zboczenia zaś w przebiegu operacyi pod tym lub owym lub kilkoma naraz względami wydarzyły się w 81 przypadkach, tj. w 26·3%. Jednem z najważniejszych zboczeń od prawidłowego przebiegu operacyi, którego w niektórych przypadkach i w pewnych warunkach trudno uniknąć, jest upływ ciałka szklanego. Przypadek ten wydarzył się 30 razy (9·74%, dawniéj zaś 10·97%

wszystkich operacyj) a mianowicie odpływała 17 razy mała, 10 razy mierna, a 3 razy znaczniejsza ilość ciałka szklanego. W jednym przypadku, w którym chory podczas operacyi był bardzo niespokojny, to krzyczał co sił stało, to znów oddech wstrzymywał i działając mięśniem okrężnym i mięśniem twarzy zdołał rozworkę Snowdena odrzucić, wycisnął sobie chory tak wielką ilość ciałka szklanego, że stratę oceniliśmy na $^2/_3$, mając już oko za stracone. Właśnie w tym przypadku wynik operacyi był względnie bardzo korzystny, gdyż osiągnięto $^1/_{10}$ bystrości wzroku. Prawda, że późniéj pojawiły się męty w ciałku szklaném. Na 30 przypadków wystąpiło ciałko szklane 12 razy przed soczewką, 9 razy równocześnie z nią, a 9 razy już po jéj wystąpieniu. Z pierwszych 12 oczu nie odzyskało wzroku 3, tj. 25·% z reszty zaś 1 czyli 5·5%, co aż nadto wymownie świadczy o tém o ile niebezpieczniejszy jest upływ ciałka szklanego wtenczas, gdy nastąpi już przed wydaleniem zaćmy z oka. Pochodzi to ztąd, że w takim razie zmuszeni jesteśmy do użycia jednego z narzędzi wyciągających, co sprowadza drugą i to wcale nieobojętną nieprawidłowość w przebiegu operacyi.

Drugiém z rzędu najczęstszém zboczeniem od prawidłowego przebiegu operacyi jest wprowadzanie jakichkolwiek narzędzi do oka w celu wyciągnięcia zaćmy (pętli Webera, łyżeczki Graefego). Do środka tego uciekano się tylko w razie nieodzownéj konieczności, a więc w tych przypadkach, w których upływ ciałka szklanego już przed wydobyciem soczewki nastąpił. Wiadomo, że w takich razach każdy ucisk wywierany na oko sprowadziłby dalszy wypływ ciałka szklanego, a soczewka pomimo to nie wystąpiłaby z oka. Wreszcie użyto także pętli Webera w kilku przypadkach, w których soczewka, pomimo silniejszego nawet ucisku na rogówkę, nie wystąpiła. Do téj ostateczności byliśmy w ogólności zmuszeni 20 razy, a więc w 6·49% wszystkich operacyj. Troje z tych ócz straciło wzrok bezpowrotnie (15·0%), a właśnie w tych przypadkach zmusił do wyciągnięcia soczewki poprzedni upływ ciałka szklanego.

Znaczniejsze resztki zaćmy pozostały po operacyi 18 razy czyli w 5·84%. Z tych chorych żaden nie utracił wzroku. Daléj zbaczał przebieg operacyi od prawidłowego przebiegu z następujących jeszcze przyczyn: Znaczniejszy krwotok do przodkowéj komórki powstał razy 11, najczęściéj po poprzednio zapuszczonym ezerynie, znaczne pomarszczenie rogówki, które utrudniało wykonanie prób po operacyi, razy 9 *(Collapsus corneae)*, w 15 przypadkach przecinano torebkę przodkową dwakroć i częściéj, raz nawet cztery razy, w 6 przypadkach już po operacyi ukazało się ciałko szklane w kształcie perełki, którą otaczało napięte więzadełko Zinna, a więc bez wypływu (*hernia corporis vitrei)*, w 10 przypadkach wydobyto większe części torebki soczewkowéj lub soczewkę razem z całą torebką; raz udało się za pomocą szczypczyków Förstera, sporządzonych na wzór szczypczyków Litreicha, które prof. Rydel w tym celu z Wrocławia sprowadził, wyrwać wielką część prawidłowéj przodkowéj torebki, w drugim zaś przypadku nie udało się to a chory stracił oko skutkiem ciężkiego przewlekłego zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego. W dwóch wreszcie przypadkach, w jednym na pewne, w drugim prawdopodobnie, dostało się jądro zaćmy Morgagniego do ciałka szklanego. Oba przypadki operowano w roku 1878. W jednym z nich można było późniéj wziernikiem wykazać jądro poruszające się przy ruchach gałki ocznéj w ciałku szklaném, bystrość wzroku wynosiła $^6/_{60}$. W drugim przypadku stwierdzono tylko, że jądro nie wystąpiło, pomimo, że operator wszedł trzy razy łyżeczką Graefego w rankę. Przebieg gojenia był bardzo pomyślny a w miesiąc po operacyi chory z+10D miał $^6/_{24}$ prawidłowéj bystrości wzroku. W zapiskach kliniki nie uwidoczniono aby wziernikiem jądro było można w ciałku szklaném wykazać. Wspominam o tém z tego powodu, że mi to przypomina przypadek, który widziałem w klinice prof. Arlta, a w którym operator pod względem pogrążenia soczewki uległ złudzeniu. Operowano zaćmę przejrzałą z lekko rozwodnioną korą. Gdy się ciałko szklane po przecięciu torebki ukazało, a chory był niespokojny, postanowił operator wydobyć jądro pętlą Webera. Zanim mu jednakże pętlę podano jądro znikło. Ponieważ źrenica była zupełnie czysta założono opaskę, w tém mniemaniu, że jądro w ciałku szklaném się pogrążyło. Gojenie postępowało bardzo pięknie, oko bladło, źrenica się rozszerzyła. Czwartego lub piątego dopiero dnia spostrzegł asystent przy przewiązywaniu oka wyniosłość wewnętrznéj części górnéj powieki. Bliższe badanie wykazało, że w załamku znajdowało się jądro, które się tam podczas operacyi dostało, zapewne w chwili, gdy niespokojny chory oko gwałtownie ku górze zwrócił. W obec wzorowego gojenia się rany u naszego chorego, jak nie mniéj w obec tego, że późniéj nie można było wykazać jądra w ciałku szklaném nasuwa się myśl, czy może małe jądro niespostrzeżone nie wyskoczyło lub pod górną powieką się nie ukryło. Pozostaje więc nierozstrzygniętą rzecz czy w tym przypadku jądro w ciałku szklaném się pogrążyło

Oprócz tych zboczeń zdarzyło się jeszcze w dwóch przypadkach, że cięcie rogówkowo-twardówkowe było za małe, okazała się więc potrzeba powiększenia cokolwiek ranki za pomocą nożyczek. Zboczenie to uszło bezkarnie w jednym przypadku, w drugim powstało ropne zapalenie tęczówki. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Wiestnik kliniczeskoj i sudiebnoi psichijatrii i niewropatologii. Czasopismo wychodzące w Petersburgu pod redakcyją prof. Mierzejewskiego. Zeszyt I z r. 1884.

Wiestnik rozpoczął drugi rok istnienia, a Iszy zeszyt tegoroczny, który mamy przed sobą, tak objętością, jak bogactwem treści dowodzi, że czasopismo to stoi na pewnym gruncie i z biegiem czasu zaszczytnie zaznacza swoje poważne stanowisko w literaturze lekarskiéj. Nie mogąc podać nawet w streszczeniu bogatéj treści téj publikacyi, pragniemy samém wymienieniem tytułów prac zawartych w Iszym tegorocznym zeszycie *Wiestnika* dać czytelnikom Przeglądu wyobrażenie o wartości literackiéj téj książki.

Dział psychijatryi zawiera: Dra Grejdenberga: Przyczynek do symptomatologii pomięszania pierwotnego; Doc. Dra Sikorskiego: O zjawiskach samowiedzy częściowéj; Doc. Dra Daniłły: O pielęgnowaniu zbrodniarzy chorych na umyśle.

W dziale nerwopatologii: Dra Tarnowskiego: O zmianach w rdzeniu powstających w skutek naciągania nerwu siedzeniowego; Doc. Dra Bechtierowa: O zmianach w rdzeniu w skutek przecięcia korzeni nerwów rdzeniowych; Dra Rosenbacha: O patogenezie padaczki; Doc. Dra Bechtierowa: Teoryja powstawania pojęcia przestrzeni; Dra Rosenbacha: O zjawiskach nerwowych towarzyszących trądowi.

Dział krytyczny i sprawozdawczy prześciga wszystko

to, z czem spotykamy się w europejskiéj literaturze, gdyż wszechstronna znajomość języków umożebnia redakcyi przystęp do piśmiennictwa całego świata cywilizowanego.

Pierwszy zeszyt tegoroczny *Wiestnika* jest istotną zdobyczą literatury lekarskiéj. *Dr. A. Kwaśnicki.*

Brügelmann: **O powstawaniu i leczeniu dusznicy.**

1) W ciągu swych kilkoletnich spostrzeżeń miał B. sposobność niejednokrotnie stwierdzić zdanie Voltoliniego i Hänischa, że dusznica bardzo często jest powiklana ze sprawami chorobowemi nosa, a wyjątki pod tym względem należą nawet podług niego do rzadkości. Z pomiędzy chorób nosa najczęstszém powikłaniem dusznicy są obok polipów nabrzmienia błony śluzowéj, skrzywienie nosa lub jego przegrody, wreszcie czasem tylko proste przekrwienie lub nawet niedokrewność błony śluzowéj. Wszystkie te powikłania mają to wspólnego, że zatykają lub przynajmniéj znacznie zwężają jamę nosową w pewnych warunkach, np. jeżeli powstanie nieżyt nosa lub jeżeli chory leży na boku, to dolna połowa jamy nosowéj jest uciśniętą. Bardzo pouczający przypadek przytacza B.: U pewnego człowieka z Meklenburga, mieszkającego na wsi, którego przegroda nosowa była mocno skrzywiona z wygięciem ku stronie prawéj, a w lewéj połowie jamy nosowéj znajdował się spory polip, występowały co roku w czasie sianokosów bardzo silne napady duszności, które poprzedzał silny nieżyt nosa, wywołany przez unoszące się właśnie w tym czasie w powietrzu drobnowidowe twory.

Obok nieżytu nosa prawie stale napotykamy także zaczerwienienie lub nieżyt błony śluzowéj gardzieli i tchawicy, któreto sprawy chorobowe uważa B. za następowe.

Co się tyczy wreszcie nieżytu oskrzeli, to ten wcale nie należy do częstych zjawisk w tych razach, a w przypadku opisanym wcale go podczas napadu stwierdzić nie można było.

Związek przyczynowy między chorobami nosa a dusznicą tłumaczy B. w ten sposób, że choroby te zmniejszając pojemność jamy nosowéj, upośledzają przemianę gazów zwłaszcza w nocy przy zamkniętych ustach, a nagromadzony w większéj ilości we krwi CO_2 drażni ośrodek oddechowy, ztąd przyspieszenie oddechów i uczucie duszności, ztąd także na drodze odruchów kurcz mięśni oskrzelowych i nabrzmienie błony śluzowéj. Kryształki Charcota nie wzniecają dusznicy, ale są jéj objawem co już z tego wynika, że najwięcéj ich znajdujemy po napadzie. Łatwo sobie wyobrazić, że podobnie jak błona śluzowa nosa, może także błona śluzowa innych części narządu oddechowego jak głośni, tchawicy być przyczyną dusznicy, choć takie przypadki są nierównie rzadsze.

Co do rozedmy płuc B. odróżnia ściśle t. zw. wydęcie (*Lungenblähung*) od właściwéj rozedmy, przy któréj skutkiem upośledzonego odżywienia błony śluzowéj pęcherzyków zmniejsza się sprężystość ścian.

Najwybitniejszym objawem rozedmy właściwéj jest obok beczkowatéj klatki piersiowéj utrudniony wydech, gdy przy rozdęciu płuc objętość wydechowa jest normalna, a natomiast jest utrudniony wdech i z tego możnaby wnosić, że ośrodki wdechowe przedewszystkiem są przy dusznicy zajęte, a późniéj dopiero i w mniejszym stopniu ośrodki wydechowe.

Zabiegi lecznicze, których autor próbował opierają się na wspomnianych zapatrywaniach, a więc przedewszystkiem musi się zwrócić uwagę czy nie ma jakiéj choroby w jamie nosowéj, a w razie istnienia takowéj starać się ją usunąć; z bardzo dobrym skutkiem używał B. galwanokaustyki nawet w tych razach, gdzie nie było przekrwienia ani żadnych wybujałości; lecz doświadczył także skuteczności i innych sposobów leczenia, szczególnie pędzlowania zgęszczonym roztworem garbnika, roztworu jodowego, przestrzykiwania jamy nosowéj od tylnych otworów, a nawet wciągania do jamy nosowéj zimnéj wody. Następnie baczną uwagę należy także zwrócić na krtań i tchawicę i choroby jéj usuwać już to za pomocą pędzlowania, przyżegania lub wziewań odpowiednich środków. Co się tyczy pneumatoterapii, to B. jest jéj wielkim zwolennikiem, lecz nim się do takiego leczenia przystąpi, potrzeba zbadać czy jest rozedma, czy tylko wydęcie lub wreszcie czy nie ma ani jednego ani drugiego i według tego dopiero uregulować leczenie. Przy rozedmie po zgęszczoném powietrzu trzeba użyć powietrza rozrzedzonego, przy wydęciu tylko zgęszczone powietrze i im mniejsza jest objętość wdechowa, tém silniejszy trzeba wywierać ucisk na klatkę piersiową, a doświadczenie nauczyło B. że nie potrzeba się przy tém obawiać powstania rozedmy. Późniéj można połączyć dwa przyrządy i stósować naprzemian zgęszczone i rozrzedzone powietrze, a przy rzeczywistéj rozedmie jestto nawet koniecznem, aby tym sposobem przez zastósowanie rozrzedzonego powietrza zmniejszyć szkodę wyrządzoną przez użycie powietrza zgęszczonego.

Jeżeli jednak skurcz oskrzeli jest bardzo silny, to i najsilniejszy ucisk na klatkę piersiową nie pomoże, potrzeba więc użyć środka, któryby działał osłabiająco na ośrodki oddechowe, a to uskutecznia się przez wstrzyknięcie większéj dawki morfinu i chory powinien jeszcze wśród odurzenia zacząć wdychiwać zgęszczone powietrze tak długo, aż nastąpią głębokie oddechy. Jeżeli po pewnym czasie skurcz oskrzeli na nowo wystąpi, trzeba wstrzyknięcie powtórzyć. W lżejszych przypadkach można wstrzykiwania morfinu zastąpić wziewaniem amylnitrytu. Co do technicznéj strony leczenia powietrznego, B. uważa za odpowiedniejsze używanie prostych gumowych lejków, które się wkłada między zęby i ściska wargami, bo powietrze nie uchodzi, gdy przy używaniu masek Waldenburga ścisłe przyleganie jest niemożebne. Rzadko się též zdarza, żeby chorym potrzeba nos zatykać, bo się chorzy wnet wprawiają wyłączać oddychanie nosowe. Wdychający powinni stać nie siedzieć, aby mięśnie oddechowe mogły należycie pracować.

Przy takiém leczeniu cieszył się B. bardzo dobremi wynikami; bo żaden chory nie odchodził przynajmniéj bez znacznéj ulgi. Jedyną stroną ujemną postępowania jest, że leczenie trwa bardzo długo i skuteczność jego rozbija się często o brak wytrwałości i wyrozumienia chorych; to též trzeba ich naprzód na to przygotować.

Obojętną jest rzeczą w jakiéj porze roku odbywa się leczenie, zimno nie ma wpływu na dusznicę i chorzy tacy powinni się jedynie strzedz suchego wiatru wschodniego, który bardzo usposabia do nieżytów i wysusza błonę śluzową. Z innych środków w dusznicy używanych arszenik, konopie indyjskie, dym saletry albo nie łagodzą napadów albo bardzo nieznacznie, używanie chloralu jest uzasadnione zwłaszcza na noc. Ważne są także wziewania z rozpylacza najwięcéj salmiaku i B. bardzo je poleca tam gdzie chodzi o rozpuszczenie suchego śluzu. Schäffer poleca energiczną faradyzacyję nerwu błędnego w celu przerwania napadów. O skuteczności tego sposobu przekonał się B. wielokrotnie i jest on též usprawiedliwiony ze stanowiska jego teoryi, tj. jeżeli się przyjmie że zadraźnienie nerwu błędnego wy-

wiera działanie na ośrodki. Wreszcie co do leczenia klimatycznego i zmiany miejsca pobytu, to jest rzeczą podrzędnéj wagi, a chodzi tylko o to aby powietrze było czyste i odpowiednio wilgotne. (*Deutsche med. Zeitg.* Nr. 56, 1884).

Dr. Otto.

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z posiedzenia członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego z d. 2 maja 1884.

Obecni koledzy Drowie: Grodzki, Kapuściński, Koszutski, Jarnatowski, zamiejscowy członek Dr. Zaremba z Pierzchna i sekretarz.

Po zagajeniu posiedzenia przez sekretarza w nieobecności stałego prezesa uproszono na przewodniczącego Dra Zarembę.

Odczytany protokół z poprzedniego posiedzenia niezmieniony przyjęto i podpisano, poczém wszczęła się rozprawa nad chorobami nagminnie panującemi, w któréj zabiera pierwszy głos kol. Koszutski, aby wspomnieć o chorobach, jakie w obecnéj porze spotyka; widuje on zimnicę, zapalenie migdałów, błonicę, krztusiec i dławiec. Ostatnią chorobę spotykał w téj saméj rodzinie tak u dorosłych jakotéż i dzieci, co prelegenta naprowadza na domysł, iż tu musiała być jakaś lokalna przyczyna infekcyjna.

Kol. Kapuściński leczy teraz płonicę i to w bardzo silnych postaciach z powikłaniem nerkowém.

Dr. Wicherkiewicz zwraca na to uwagę, że w skutek nagłéj zmiany temperatury, widuje niektóre choroby oczne w tak znacznéj ilości, że skłonny jest zmianie meteorologicznéj przypisywać powstanie tych chorób, któremi są: bardzo silny ostry nieżyt spojówki, daléj nerwobóle nerwu trójdzielnego, częste jęczmienie z silném obrzmieniem całéj powieki, a nawet i spojówki gałkowéj, a w końcu opisane zapalenia nadtwardówkowe. Nawięzując do ostatniéj choroby, wspomina W. o leczeniu jéj za pomocą nagniatania i zasypywania chlorkiem rtęci, a daléj mówi o znakomitéj wartości leczniczéj sproszkowanego kwasu borowego, w miejsce kalomelu, tam mianowicie, gdzie obok wewnętrznego użycia jodku potasowego, chlorek rtęci dla wiadomych powodów nie mógłby być zasypywanym. — Po wyczerpnięciu dyskusyi nad tym działem porządku dziennego wspomina kol. Koszutski o dalszych swych doświadczeniach w sprawie leczenia błonicy zaleconym przez siebie sposobem. Z powodu tego wywiązała się żywsza rozprawa, w któréj zabierali głos wszyscy obecni członkowie.

Następnie kol. Kapuściński przytacza przypadek przemawiający za nadzwyczajnie długą trwałością infekcyi gruźliczéj. Leczył on dziecko na gruźlicze zapalenie opon mózgowych w rodzinie, w któréj żadnego nie było przypadku suchot. Zastanawiając się nad przyczyną tego odosobnionego przypadku gruźliczego zapalenia błony mózgowéj, któremu nie zbywało żadnego znamionującego objawu, nie wyjmując nawet objawu Wiederhofera, przypomniał sobie kol. Kapuściński, że w témże samém pomieszkaniu leczył był rok przedtém na *meningitis tuberculosa* członka rodziny, w któréj gruźlica była dziedziczną. Sposób więc przeniesienia gruźlicy na członka zdrowéj familii tłumaczyć sobie tylko można przechowaniem się zarazka w pomieszkaniu.

Kol. Koszutski przytacza, w skutek uwagi zrobionéj przez kol. Zarembę, że według nowszych poszukiwań, powodem zapalenia płuc ma być przyrzut przenośny, przypadek, w którym mąż pani X., pielęgnując swoją zapaleniem płuc dotkniętą żonę w hotelu berlińskim, bez żadnéj innéj wiadoméj przyczyny na tę samą zapadł chorobę. — Kol. Grodzki wspomina o przypadku, gdzie w jednym z miejscowych domów powstała płonica, gdy zdarto tapety w pokoju, w którym rok przedtém leżały dzieci chore na tę chorobę. — Kol. Koszutski przytacza znów inny odnośny przypadek. Pani X. kupuje na aukcyi po osobie, która umarła na suchoty, kabacik dobrze zachowany. Po niejakimś czasie ubiera się w niego i niebawem zapadłszy na suchoty umiera. — W dalszym toku rozpraw nad zaraźliwością przelicznych chorób, przytacza Dr. Jarnatowski przypadek dotyczący zaraźliwości duru. W pewnéj rodzinie umiera głowa rodziny. Kol. Jarnatowski przestrzega, aby pościel i bieliznę po nieboszczyku wykluczono z użycia. Zapakowano ją jednakże i zabrano ze sobą przy przeprowadzeniu do Berlina. Po pewnym dość znacznym przeciągu czasu, gdy pościeli zabrakło otwiera wdowa po nieboszczyku skrzynię, wyjmuje pościel i kładzie się na nią, zapada wkrótce potém na dur. — Kol. Kapuściński opowiada inny przypadek, gdzie paczka wysłana z domu, w którym panowała płonica wywołała w odległości 6—8 mil takąż chorobę w rodzinie, która tę paczkę odebrała. — Dr. Wicherkiewicz przypomina z r. 1873 przypadek przemawiający za przypuszczeniem Kocha, że przyrzut cholery czepia się przeważnie pościeli i bielizny: powołany na wieś do starca dogorywającego na cholerę, przestrzegł W. córkę tegoż starca, która jedyna z licznych mieszkańców jednego i tego samego domu przy życiu pozostała a także i przy zupełném zdrowiu, ażeby po śmierci ojca, zamknąwszy dom, wyniosła się gdziekolwiek i żadnych rzeczy, a mianowicie brudnéj bielizny i pościeli po nieboszczykach, nie tykała. Po śmierci owego starca nie pokazywały się téż żadne nowe przypadki cholery aż w trzy tygodnie późniéj ponownie powołano kol. Wicherkiewicza do téj saméj wsi, gdyż dziewczyna ta zapadła także na cholerę. Bliższe badanie przyczyny tego zajścia wykazało, że mimo zakazu osoba ta zajęła się praniem bielizny po zmarłych rodzicach.— Kol. Zaremba nadmienia w końcu, że najlepszym środkiem odwietrzającym pokoje po zaraźliwych chorobach jest palenie siarki.

Sekretarz wnosi, ażeby z powodu mającego odbyć się Zjazdu, pominąć w tym roku odbywające się zwykle w czerwcu Walne zgromadzenie, na co się téż zebrani koledzy godzą, a w końcu przedkłada sekretarz nadesłaną przez Wydawnictwo dzieł lekarskich Hydroterapię Smoleńskiego, poczém posiedzenie zamknięto. *Dr. B. Wicherkiewicz.*

V. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu.

Sprawozdanie Dra Kwaśnickiego.

VI.

O godzinie 8 rano uczestnicy Zjazdu zwiedzili szpital Sióstr miłosierdzia, będący pod kierunkiem Drów Mateckiego, Kaczorowskiego i Sęckiego, oraz szpital miejski, a przynajmniéj tę część jego, która znajduje się pod dyrekcyją Dra Kaczorowskiego. Jeśli w tych zakładach nie można dopatrzyć żadnych osobliwości, któreby je wyróżniały, to z całą sumiennością wyznać należy, że wzorowa czystość i porządek, zasługują nie tylko na uznanie, lecz i naśladowanie. Z prac literackich Dra Kaczorowskiego znają czytelnicy Przeglądu jego stałe przekonania o etyjologiczném znaczeniu pasorzytów w powstawaniu chorób i o leczniczéj wartości zimnego powietrza, jako środka obniżającego ciepłotę. Czyniąc nam zaszczyt oprowadzenia po wymienionych szpitalach, Dr. Kaczorowski oświadczył, że każe trzy razy dziennie otwierać okna w szpitalu przez cały rok i że, zawdzięczając téj metodzie wietrzenia ma czyste powietrze w zakładzie, a nie spostrzegał nigdy złych następstw tego postępowania. Wiadomo jest, że Dr. Kaczorowski nie jest odosobniony w swoich zapatrywaniach, a jeżeli nie znajduje licznych naśladowców to przypisać to należy trudnościom, jakie stawia lekarzowi publiczność, mająca, jak wiadomo, zbyt przesadne wyobrażenie o tak zwaném przeziębieniu. Co się tyczy otwierania okien jako środka mającego na celu wietrzenie sal, to sądząc z tego, że w obu szpitalach zwiedzanych nie było czuć téj cechującéj szpitale całego świata woni, przyznać należy, że jestto niezawodnie najpewniejszy i najskuteczniejszy sposób, przewyższający wentylatory.

W godzinie południowéj zwiedzali członkowie Zjazdu Instytut oftalmologiczny Dra Wicherkiewicza, który dzieli się na zakład dla ubogich chorych i klinikę prywatną; pierwszy zawiera 46 łóżek, rozmieszczonych na trzech pię-

trach tylnéj połaci kamienicy; na dole znajduje się kancelaryja Zarządu i sala operacyjna. Zakład jest bardzo dobrze zaopatrzony w wszelkiego rodzaju przyrządy do badania oka służące; narzędzia chirurgiczne sprowadzone z Londynu odznaczają się dokładnością wykonania i poprawnością konstrukcyi. Klinika prywatna urządzona jest na 6 łóżek w osobnych pokojach na Iszém piętrze i na dole od ulicy (ul. św. Marcina, l. 6), wyróżnia się pięknemi pokojami i komfortem w urządzeniu.

W przerwie między porannemi posiedzeniami sekcyjnemi, a popołudniowém posiedzeniem ogólném, zwiedzili członkowie Zjazdu Muzeum Towarzystwa poznańskiego przyjaciół nauk, wystawę obrazów Matejki i wystawę przyrodniczo lekarską.

Posiedzenia sekcyjne z d. 4 czerwca.

Sekcyja medycyny wewnętrznéj.

Przewodniczący Dr. Kwaśnicki, zastępcy: Dr. Handelsmann i Dr. Szerbl, sekretarz Dr. Gluziński.

Na porządku dziennym załatwienie wniosku Doc. Dra Jaworskiego, przekazanego Sekcyi przez Isze ogólne posiedzenie, co do założenia pisma poświęconego medycynie doświadczalnéj. Po dyskusyi, w któréj brali udział Dr. Reichmann, Dr. Kwaśnicki i Dr. Gluziński uchwalono na wniosek Dra Reichmana, aby ze względu, że podobne pismo wydaje Tow. lek. warszawskie (Pamiętnik), prosić redakcyję tegoż, ażeby przyjęła na siebie urzeczywistnienie kierunku, którego wniosek Dra Jaworskiego żąda.

Następnie Dr. Jaworski czyni drugi wniosek, tyczący się zakładania stacyj obserwacyjnych klinicznych w zakładach zdrojowych i przeprowadzania dokładnych obserwacyj klinicznych przez stałych lekarzy zdrojowych. Wnioskodawca szczegółowo uzasadnił swój wniosek, który został jednomyślnie przyjęty i postanowiono ogłosić go drukiem w Dzienniku Zjazdu, jako odezwę do lekarzy w zakładach kąpielowych praktykujących.

I. Po załatwieniu tych wniosków nastąpił odczyt Dra Pacanowskiego: O kliniczném znaczeniu peptonów w moczu. Prof. Maixner był pierwszy, który wypowiedział zdanie na Zjeździe krakowskim, że peptonuryja występuje w okresie rezolucyjnym chorób zapalnych i zależy od rozpadu ciałek ropnych i wydalanego z nich peptonu. Prelegent stwierdził teoryję Maixnera i znalazł potwierdzenie jéj i w chorobach zakaźnych wbrew poszukiwaniom Jakscha. Daléj P. stwierdził zawsze peptonuryję u cierpiących na raka wątroby, odbytnicy, żołądka, przełyku i macicy. W przypadkach wątpliwego rozpoznania choroby wątrobowéj peptonuryja przemawia za rakiem. Prelegent jednakże nie podziela zdania Jakscha, co do wielkiego znaczenia dyjagnostycznego peptonuryi, i widzi w tém odkryciu nabytek wyłącznie teoretycznéj wartości.

W dyskusyi zabiera głos prof. Maixner i twierdzi, że znajdował istotnie w niektórych przypadkach raka żołądkowego peptonuryję, a że w téj chorobie rozpad białych ciałek jest nieznaczny, należy zastanowić się, czy peptonuryja nie ma innych źródeł? Z doświadczeń które czynił Hofmeister na trawiącym żołądku wynika, że białe komórki w gruczołach gromadzące się absorbują podczas trawienia pepton, i składają jako białko w tkaniny organizmu; jeżeli ściana żołądka ulega chorobie, na ten czas pepton dostaje się do naczyń i pojawia się w moczu. Tym sposobem peptonuryja miałaby dwojakie źródło: rozpad komórek ropnych i wessanie peptonu w żołądku. Zabierają jeszcze głos: Dr. Reichmann, Dr. Gluziński i prelegent.

II. Prof. Maixner (z Pragi): Otrucie fosforem ze stanowiska klinicznego. Prelegent rozbiera kliniczne oznaki otrucia, w szczególności: ciepłotę, tętno, wysypki, mocz itd.; spostrzegał on wybitne dowody bujania tkanki łącznéj około komórek wątrobowych w otruciu fosforowém i utrzymuje, że czasem to bujanie powstrzymuje się, a zdarza się, że postępuje daléj i prowadzi do marskości, co Wegener doświadczeniami dowiódł; prof. M. jest w toku robienia podobnych doświadczeń, które późniéj ogłosić zamierza.

III. Dr. Czarda (z Pragi): O rynoepilepsyi. Na podstawie 12 przypadków padaczki, w których prelegent badał uszy i nos, doszedł on do następujących wniosków:

1) Rynoepilepsyja tak powstać może z podrażnienia zakończeń w nosie nerwu troistego, jak padaczka w skutek podrażnienia tegoż nerwu w uchu *(ab aure laesa)*.

2) Że w przypadkach autora przyczyną padaczki było cierpienie w nosie, stwierdza to badanie rynoskopem i wynik pomyślny lokalnego leczenia.

Prelegent zachęca do badania nosa i ucha w każdym przypadku padaczki, pląsawicy itd.

IV. Prof. Dr. Steffal (z Pragi): O wrodzonych szczerbach czaszki dojrzałego płodu. Następujące szczerby mają znaczenie dla medycyny sądowéj i położnictwa: *a*) Szczerba w końcu kości potylicowéj jest pozostałością środkowego ciemiączka; na 38 główkach brakowało jéj 4 razy; *b*) *Incisura parietalis* znajduje się 2 cm. przed kością potylicową; na 50 główek brakowało jéj 14 razy; *c*) Częściowa szczerba w brzegu lambdowym kości ciemieniowéj, brakowało jéj na 60 główek 24 razy.—Podług Hoffmana od powyżéj opisanych różnią się szczerby urazowe następującemi oznakami: 1) że wrodzone szczerby mają stałe miejsca, 2) symetryczne położenie i 3) są wypełnione embryjonalną materyją, a okostna i błona twarda przechodzą nienaruszone po nad szczerbami.

V. Dr. Sawicki: O związku przyczynowym zjawisk zachodzących w nerwach. Obszerna i teoretyczna ta praca nie nadaje się do streszczenia w tych rozmiarach, jakie nadaliśmy innym odczytom.

Sekcyja chirurgiczna.

Przewodniczący Dr. Majer, prezes Akademii Umiejętn. w Krakowie, sekretarz Dr. Szuman.

1) Prof. Obaliński: O nowszych wskazaniach do uretrotomii zewnętrznéj. Odczyt ten został ogłoszony w Przeglądzie Lek. Nr. 25 i 26. W dyskusyi zabierał głos prof. Janowski z Pragi, Dr. Wehr i prelegent.

2) Następnie Dr. Szuman czytał referat co do tematu, który proponował Wydział gospodarczy Zjazdu: „Jak można sposoby przeciwgnilnego opatrywania ran zastósować najlepiéj do praktyki lekarskiéj.“ Liczne przykłady przytoczone przez sprawozdawcę dowodzą, że metoda antyseptyczna nie jest ogólnie stósowaną przez lekarzy praktykujących w powiatach i miasteczkach. W sprawozdaniu starano się uwzględnić wszelkie uproszczenia, których zastósowanie nie wychodziłoby na szkodę chorego. Referent uważa za rzecz niezbędną, ażeby lekarz posiadał stężony roztwór kw. karbolowego (90%—50%). Odpowiednią w tym celu plaską metalową flaszeczkę na 120,0 cieczy, okazał zebraniu; również przedstawił kieszonkową flaszeczkę dla sączków, które powinny ciągle pozostawać w płynie przeciwgnilnym. W dyskusyi zabierał głos Dr Obtułowicz.

Dr. Ćwiklicer proponuje urządzenie kursów dla lekarzy praktycznych, w celu obznajomiania ich z postępem na-

uki i pouczania techniki stósowania środków antyseptycznych; pomysł Dra Ćwiklicera popierają gorąco: Dr. Szuman, Dr. Obtułowicz, Dr. Wehr i prezes Dr. Majer.

Sekcyja oftalmologiczno-otologiczna.

Przewodniczący prof. Dr. Rydel, sekretarz Dr. Kępiński.

1) Dr. Łasiński mówił: O niedowidzeniu w skutek nadużycia tytoniu i alkoholu. Pomimo całéj genijalności pomysłu, wziernik oczny nie wystarcza do rozpoznania wszystkich chorób oka, i w tych okolicznościach uzupełnia go perimetr; do takich chorób należy niedoślep w skutek nadużycia tytoniu i wyskoku, który stanowi 1% wszystkich chorób ocznych. Prelegent przytoczył literaturę tego przedmiotu, oddając hołd zasługom na tém polu pracy Förstera, który pierwszy zwrócił uwagę na stałą przerwę ośrodkową dla barwy czerwonéj w polu widzenia; następnie nakreślił obraz kliniczny tego cierpienia, którego rozpoznanie polega na zmniejszonéj bystrości wzroku, obok ujemnych wyników badania wziernikowego, oraz na przerwie ośrodkowéj w polu widzenia dla barwy czerwonéj. Leczenie polega na usunięciu przyczyn, tj. palenia.

Dr. Ł. wypowiedział następujące twierdzenia: 1) Niedoślep powstaje w skutek nadużywania tytoniu; wyskok odgrywa tu rolę podrzędną; 2) stałym objawem niedoślepu jest przerwa ośrodkowa w polu widzenia dla barwy czerwonéj; 3) choroba ta jest uleczną.

W dyskusyi zabierali głos: prof. Rydel, Dr. Wicherkiewicz, Dr. Talko i Dr. Kępiński.

2) Dr. Wicherkiewicz mówił: O nowym sposobie operacyi garbca rogówki. Prelegent uzasadnia dla czego wszystkie znane sposoby operacyi garbca rogówki nie zadowoliły go i następnie opisuje swój własny sposób, którym operuje od lat 5. Sposób ten polega na przeprowadzeniu 2 do 3 nitek katgutowych przez podstawę garbca 1 mm. przed granicą rogówko-twardówkową, na wycięciu nożem Graefego eliptycznego kawałka ze ścian garbca i to tak, ażeby nitki pozostały o 1 mm. oddalone od brzegu rany, następnie na wypuszczeniu soczewki i związaniu nitek. Korzyści téj operacyi są następujące: 1) Nie powstaje ubytek ciałka szklanego; 2) blizna operacyjna stawia silny opór dalszemu rozwiotczeniu i daje 3) możność namalowania sztucznéj źrenicy. Autor statystycznemi liczbami stwierdza swe wywody.

W dyskusyi zabierali głos: prof. Rydel, Dr. Talko i Dr. Łasiński.

Sekcyja psychijatryi, higijeny, medycyny sądowéj i publicznéj.

Przewodniczący prof. Dr. Blumenstok, sekretarz Dr. Laskiewicz.

1) Prof. Dr. Blumenstok miał wykład: Przyczynek do nauki o somnambulizmie wyskokowym (*Trance state*). Wychodząc z obserwacyi amerykańskiego lekarza Crothersa i pięknéj rozprawy Polaka prof. Mierzejewskiego w Petersburgu, zastanawiał się prelegent nad stanem zamroczenia w ogóle, a w szczególności nad stanem senności, stanowiącym czasem okres zwiastunowy typowego napadu obłędu opilczego, ale także utrzymującym się po wystąpieniu napadu właściwego. Podczas gdy Crothers i Mierzejewski główny kładą nacisk na somnambulizm, jako okres zwiastunowy, prelegent spostrzegał wybitny przypadek, wśród którego wystąpił napad obłędu opilczego, przez lekarza sprawdzony, po ustąpieniu którego dopiero wystąpił okres zamroczenia, w którym chory posunął się do samooskarżenia się o kradzież, i z tego powodu stał się przedmiotem dochodzenia sądowolekarskiego. W tym przypadku nie było amnezyi całkowitéj, bo chory sumarycznie przypominał sobie zdarzenie główne, które miało wszystkie cechy braku samowiedzy, objawiającego się w stanie zamroczenia, wspólnego senności właściwéj, epilepsyi i alkoholizmowi.

II. Prof. Blumenstok: O przerwach wolnych ze stanowiska sądowolekarskiego. Podawszy szkic historyczny téj kwestyi zastanawiał się prelegent nad pytaniem, w których formach obłąkania spotykać się możemy z przerwami, które obecnie raczéj za remisyje lub intermisyje poczytujemy. Najczęściéj zdarzają się w obłąkaniu przemienném (*manie à double forme*, *manie circulaire*) i w obłąkaniu o kresowém (*manie periodique*). Ponieważ jednak formy te polegają na zwyrodnieniu, więc i w przerwach mamy przed sobą tępotę umysłową, którą trafnie scharakteryzował prof. Meyer w Getyndze, porównywując chorego z przyjacielem, którego się dawno nie widziało i z którym znaczne zmiany zajść musiały. Wykładający przytacza z własnéj obserwacyi sądowolekarskiéj ciekawy przypadek, objaśniający znaczenie przerw wolnych w sposób następujący: 30 letni żyd galicyjski był w wojsku kilkakrotnie karanym za kłótnie, pijaństwo, łgarstwo i kradzież; oprócz tego zjednał sobie u przełożonych opiniję próżniaka. Po popełnieniu lekkiéj kradzieży w Wiedniu, uznany przez lekarzy sądowych za obłąkanego, oddanym został do kliniki Meynerta, gdzie długo bywał bardzo gwałtownym, rzucał się ze scyzorykiem na siostrę, uważał siebie za komenderującego, prowadził wojnę z Bośniją, udzielał ordery, urzędy, jadał swój kał itd. Ztamtąd oddany do Kulparkowa, popełniał bowiem kilkakrotnie kradzieże, dokonane bądź sprytnie, bądź téż niezgrabnie, wreszcie sam się przed Sąd zjawił. Obecnie jest w oddziale chorób umysłowych w Krakowie z objawami ciężkiéj zadumy osłupnéj.

Zamiast przypuszczać wątpliwe istnienie przerw wolnych, istnienie którego nie przyznają tacy wytrawni lekarze sądowi, jak Casper, lepiéj będzie przyjąć: zwolnienia (remisyje), przepuszczenia (intermisyje) i recydywy obłąkania.

W dyskusyi zabierają głos: Dr. Laskiewicz i radca Motty.

III. Dr. Laskiewicz: O własnych spostrzeżeniach nad działaniem paraldehydu, i porównawczéj działalności celniejszych środków nasennych w ogóle. Prelegent wylicza szereg leków nasennych i kojących, mówi o sposobie ich użycia, o wskazaniach i przeciwwskazaniach dla każdego z nich, podaje chemiczne, fizyczne, farmakodynamiczne i toksyczne własności paraldehydu, mówi o doświadczeniach innych badaczy na zwierzętach i u ludzi, — o morfinizmie, i przychodzi do wniosku, że paraldehyd jest środek drogi, niepewny, czasami szkodliwy, i rzadko tylko mogący wypełnić wskazania chloralu.

W dyskusyi zabierają głos: Dr. Żuliński, Dr. Chałupczyński, prof. Blumenstok i prelegent.

IV. Dr. Wiluński zwraca uwagę, że rezolucyja zapadła w skutek wniosku Dra Wlazlowskiego, winna być wniesioną do sejmu pruskiego; prezes i sekretarz podpisali w imieniu sekcyi tę rezolucyję i doręczyli ją Drowi Osowickiemu; opiewa ona:

„Sekcyja psychijatryi, higijeny, medycyny sądowéj i publicznéj, na posiedzeniu swém d. 3 czerwca 1884 r. jednogłośnie uchwaliła na wniosek Dra Wlazłowskiego: Polecić biuru IV Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu, aby wystosowało do Wy-

sokiego Sejmu pruskiego petycyję téj treści, ażeby przy istniejących rządowych zakładach dla głuchoniemych po cenach przystępnych jąkający się według praktycznéj metody fonicznéj nauczanymi być mogli.

Po południu odbyło się drugie Ogólne posiedzenie, z którego zdamy sprawę w Nrze następnym. Z posiedzenia udali się uczestnicy Zjazdu do hotelu francuskiego na pożegnalną ucztę, podczas któréj dano swobodny wyraz uczuciom, któremi wezbrała pierś w ciągu tych kilku dni duchowego życia. Wspaniały toast p. Jarochowskiego wygłoszony dla uczczenia Prezesa krakowskiéj Akademii wzniecił prawdziwy zapał w kole biesiadném. Po przemówieniach Prezesa Majera, pp. Syroczyńskiego, Piotra Chmielowskiego, Dra Wicherkiewicza, Dra Chodounskiego, wniósł August hr. Cieszkowski nasze kochajmy się, nawięzując do tego toastu wiele pięknych i mądrych myśli. Po obiedzie udali się biesiadnicy do teatru, gdzie dla uczczenia IV Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich odbyło się przedstawienie znanéj komedyi K. Zaleskiego: „Górą Nasi“.

Po powrocie z teatru już tylko kilka godzin dzieliło nas od wyjazdu do Kruszwicy, była to więc chwila pożegnania zacnych Wielkopolan dla wielu z nas; pomimo spóźnionéj pory spędziliśmy ją w kółkach rodzinnych naszych gościnnych gospodarzy; urok towarzyski i wyższy nastrój ducha spędzały sen z powiek i krzepiły nielitościwie nadużyte siły fizyczne.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Otrzymujemy następujące pismo:

Szanowna Redakcyjo!

Przegląd Lekarski, który na polu piśmiennictwa naszego tak zaszczytne spełnia posłannictwo, zaznajamiając wszystkich lekarzy, zwłaszcza zaś lekarzy praktycznych, zmuszonych do spełniania swych obowiązków w różnych zakątkach kraju, z wszelkiemi nabytkami wiedzy w różnych gałęziach nauki lekarskiéj, pod jednym względem wielką przedstawia lukę, którą jednak łatwo wypełnić będzie można, a mianowicie pod względem epidemijologii kraju naszego. Z dat mozolnie przez kol. Buszka zestawionych wiemy nader dokładnie, co się dzieje w Krakowie, w stolicach europejskich i na drugiéj półkuli świata, tj. w Nowym Yorku, Filadelfii, a nawet w Bombayu, Madrasie, Kalkucie, a nie wiemy, a przynajmniéj z Przeglądu Lekarskiego obecnie dowiedzieć się nie możemy, co się dzieje o miedzę po za Krakowem, co się dzieje w innych powiatach kraju naszego. Sądzę przeto, że w obec zjawiającéj się na zachodnim krańcu Europy groźnéj plagi ludzkości, rzeczą będzie pożyteczną dla czytelników Przeglądu Lekarskiego, a nie przysporzy wiele pracy kolegom moim, lekarzom powiatowym, jeżeli z dniem 1go każdego miesiąca nadeszlą do Szanownéj Redakcyi Przeglądu kartę korespondencyjną, zawierającą kilka słów o przebiegu chorób nagminnych, pojawiających się w pojedynczych powiatach galicyjskich.

Podnosząc myśl tę, spodziewam się, że uczynię Przegląd lekarski pismem jeszcze niezbędniejszém dla wszystkich lekarzy praktykujących w kraju naszym, a zarazem wypełnię lukę w gałęzi epidemijologicznéj, dotyczącéj kraju naszego. W końcu winienem dodać, że przed laty kilku Przegląd Lekarski zamieszczał już takie krótkie sprawozdanie i szkoda wielka, że działu tego daléj skrzętnie nie prowadził.

Upraszam Wgo Pana Redaktora o zamieszczenie kilku tych wyrazów w łamach naszego pisma.

Dr. Ferd. Obtułowicz
c. k. lekarz pow. w Buczaczu.

Uwagi zawarte w przytoczonym liście Szan. Kolegi i współpracownika naszego są tak słuszne, że zasadniczo piszemy się na nie w całości. Że redakcyja Przeglądu ma te same przekonania wystawia nam świadectwo sam autor listu, pisząc, że rubryka epidemijologii krajowéj istniała dawniéj w Przeglądzie; rzeczywiście zaś ustała wtenczas, kiedy zaprzestano nadsyłać z kraju wykazy miesięczne. Życzymy sobie szczerze, ażeby list Dra Obtułowicza zachęcił jego kolegów lekarzy powiatowych do nadsyłania nam wykazów epidemijologicznych, tém więcéj, że jeżeli w tym liście jest zarzut opieszałości, to on się ich dotyczy. *(Red.)*

Buczacz. W powiecie buczackim panuje obecnie krztusiec z przebiegiem dość łagodnym, niemal we wszystkich gminach powiatu, szczególniéj zaś w gminach położonych koło miast Buczacza, Jazłowca, Monasterzysk i Potoka Złotego; dur plamisty pojawia się jeszcze sporadycznie w Nowosiółce Jazłowieckiéj; odra pojawia się rówaież tu i owdzie sporadycznie; w samymże Buczaczu zdarzyło się w ostatnich dniach kilka przypadków choleryny między dziećmi z przebiegiem przeważnie śmiertelnym i choleryny między dorosłymi *(cholera nostras)* z przebiegiem łagodnym i pomyślnym. *Dr. Obtułowicz.*

* **Cholera.** Mimo powrotu Kocha do Berlina nie słychać nic o sprawozdaniu jego urzędowém; dotychczas zaprzeczono tylko urzędowo doniesioniom dziennikarskim o jego zapatrywaniach; nazwano je niedokładnemi, co z góry było rzeczą jasną, ale nie wypowiedziano tego, co Koch w rzeczy saméj spostrzegł i co twierdzi obecnie. Natomiast bezpośrednio po jego powrocie Rząd niemiecki rozporządził środki ostrożności wobec cholery, ale z rozporządzenia tego nie dowiadujemy się niczego nowego; o zamknięciu granic lub o zaprowadzeniu kwarantany nie ma mowy, tylko podróżni mają być poddani rewizyi lekarskiéj na głównych stacyjach granicznych. Co znaczy taka rewizyja, wiemy, a zresztą rewizyja, choćby najściślejsza, na stacyjach głównych wcale nie zapobiega jeszcze przewleczeniu zarazy licznemi stacyjami ubocznemi Z tego wszystkiego widoczna, że Koch nietylko nie wykrył środka swoistego przeciw cholerze, — czego zresztą lekarze wcale się nie spodziewali, — ale nawet nie jest w stanie podać nowych środków ochronnych, jak to zapowiedział był po powrocie z Indyj. Lekarze niektórzy podnoszą sposób ochronny osobniczy, którego trzymał się Koch sam, a mianowicie obmywanie rąk rozczynem sublimatowym (1:1,000) i niespożywanie pokarmów i napojów, poprzednio niegotowanych; ale pytanie, czy Koch wyszedł cało z miejsc zapowietrzonych w skutek tego postępowania? Wszakże i wielu innych lekarzy nie zapadało i nie zapada, pomimo niestosowania tego sposobu.

Towarzystwo lekarskie berlińskie wyznaczyło komisyję, złożoną z lekarzy szpitalnych, a mającą obradować i badać postępowanie w cholerze. Rzecz widoczna, że i lekarze berlińscy, uznając doniosłość odkrycia Kocha dla teoryi, nie przypisują mu jednak nateraz znaczenia w praktyce.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 13—19 lipca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 37,1. Z ospy umarło 3 (2 z. t.); z płonicy 1 (1 z. t.); z błonicy 1 (1 z. t.); z krztuśca 0 (1 z. t.); z duru brzusznego 0 (1 z. t.); z róży 0 (2 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 3 przypadkach płonicy, 1 krztuśca, 1 błonicy, 12 choleryn. W tygodniu od 6—12 lipca zapadło świeżo na ospę w Londynie 197 (286 z. t.), leczyło się w szpitalach 1321, umarło 21 W Pradze umarło 7, w Brukseli 6, w Odesie 2, w Petersburgu, 3, w Nowym Orleanie 4, w Liwerpolu i Lizbonie 6, w Kalkucie (od 25—31 maja) 15, w Madrasie (od 10—16 maja) 61. Z duru osutkowego umarło w Londynie, Petersburgu, Warszawie i Granadzie po 1, w Maladze 2, w San Francisco 3. W Kalkucie umarło z cholery od 18—24 maja 48, od 25—31 maja 33. W Tulonie umarło od 19—28 czerwca 63, w Marsylii 4; od 29 czerwca do 5 lipca umarło w Tulonie 60, w Marsylii 23; od 6—12 lipca umarło w Tulonie 99, w Marsylii 295; od 13 do 18 lipca w Tulonie 161, w Marsylii 282. Razem umarło w obydwu miastach z cholery 987. Oprócz tego umarło z cholery w Aix od 8—10 lipca 4, w Nimes 10, a w Lyonie 12 lipca 1.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 6—12 lipca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 25,2; w Warszawie 32,8; w Poznaniu 27,1; w Wiedniu 25,0; w Budapeszcie 43,3; w Pradze 32,3; w Tryjeście 18,2; w Berlinie 37,8; w Hamburgu 31,2; we

Wrocławiu 41,1; w Gdańsku 24,9; w Mnichowie 28,4; w Dreźnie 32,8; w Lipsku 28,4; w Bazylei 11,6; w Brukseli 22,8; w Amsterdamie 28.9; w Hadze 26,1; w Paryżu 24,4; w Londynie 24,0; w Kopenhadze 29.8; w Stokholmie 26,0; w Chrystyjanii 23,1; w Petersburgu 30.7; w Odesie 42,0; w Rzymie 24,0; w Wenecyi 25,9; w Bukareszcie 29,9; w Madrycie 31,6; w Lizbonie 27,9; w Aleksandryi 34,8; w Nowym Jorku 24,3; w Filadelfii 21,0; w Bombayu 24,6; w Madrasie 41,7. *J. B.*

Śmiertelność we Lwowie (liczącym 115.544 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). W tygodniu od 6—12 lipca b. r. umarło osób 69, co odpowiada na rok i 1,000 m. 31·1. W tym czasie umarło 2 osoby z ospy, 1 z dyfteryi, 1 z dławca, 1 z krztuśca, 3 z duru brzusznego, 1 z gorączki połogowéj.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 31 lipca. Podzielić się możemy z czytelnikami naszymi pewną wiadomością, że obecny właściciel Ojcowa Margrabia Huntly Gordon zamierza na przyszłą wiosnę otworzyć w Ojcowie zakład hydropatyczny i że dokłada wszelkich starań, ażeby zakład ten tak co do urządzenia wewnętrznego, dobrych pomieszkań i wszystkiego, co tylko służyć może do wygody i przyjemności chorych, dorównał najlepszym zakładom hydropatycznym za granicą. Przy takich dobrych chęciach, jakie okazuje w ogóle obecny właściciel co do podniesienia Ojcowa, spodziewać się można, że zakład hydropatyczny położony w tak uroczéj okolicy, znajdujący się tak blisko Krakowa, a zbliżony do Warszawy przez nową koléj Demblińsko-Dąbrowską, powinien rychło stać się zakładem pierwszorzędnym, w którym znaleźć mogą poprawę zdrowia liczni chorzy, którzy dotychczas leczyli się w zakładach zagranicznych z ujmą dobrobytu krajowego.

* D. 26 lipca b. r. wykonał w szpitalu św. Łazarza prof. Obaliński owaryjotomiję u 20-letniéj panny, któréj wyborny stan zdrowia w piątym dniu po operacyi pozwala jak najlepiéj rokować.

* W tych dniach rozlepiono po rogach ulic Krakowa odezwę Magistratu, domagającą się u właścicieli domów, ażeby wobec zbliżającéj się epidemii poczynili zarządzenia, zmierzające do asanizacyi miasta, przyczém ogólnikowo powiedziano, w jakim kierunku to działanie należy prowadzić. Takie ogólne wezwanie, do tak uporczywie nieruchomych ludzi, jakiemi są mieszkańcy Krakowa, z tak słabym naciskiem, jak: „Magistrat ma niepłonną nadzieję, że mieszkańcy zastosują się" itd., to środek niezawodny, wypróbowany, ale ze swéj bezskuteczności; odezwa Magistratu będzie miała znaczenie tylko teoretyczne, i zdziała tyle, co artykuł dziennikarski, któremu nikt nie przeczy, ale idzie za jego radą tylko ten, kto chce. A czyż właściciele domów są kompetentni, ażeby ocenić mogli co zarządzić należy w ich realności ze względu na ważną dzisiejszą chwilę? czyż można będzie ich uczynić odpowiedzialnymi, czyż nie będą mogli oni tłumaczyć się nieświadomością, i to nawet w dobréj wierze? Czyż nie byłoby skuteczniéj, ażeby Magistrat był wydelegował tyle komisyj złożonych, ile jest dzielnic miasta, i poruczył im rewizyję domów oraz szczegółowe spisanie mających się dokonać ulepszeń? czyż istnieje inny sposób ozdrowienia mieszkań krakowskich, jak doręczenie ich właścicielom spisu mających się dokonać ulepszeń, z terminem określonym, i z zagrożeniem, że po upływie tegoż władza sama na koszt właściciela dokona wszelkich zmian? Nie jesteśmy powołani do krytyki działalności władzy naszéj, ale wobec groźnéj chwili, kiedy cała Europa wysila swą energiję na rozumne zapobieżenie epidemii, ten połowiczy krok naszego Magistratu w tak ważnéj sprawie wydaje się nam więcéj aniżeli chybionym.

* Opróżniona jest posada lekarza miejskiego w Leżajsku. Pensyja roczna 200 złr. w. a. i wolne mieszkanie, lub wynagrodzenie w kwocie 120 złr. w. a. Bliższych wiadomości udziela chętnie p. Denker, aptekarz w Leżajsku.

* **Ruch kąpielowy.** Do d. 24 bm. bawiło gości kąpielowych w Krynicy 1860, w Rożnowie 1070, w Gainfarn 844, w Cieplicach czeskich 5238, w Szczawnicy 1921.

* **Wiedeń.** Na ostatniém posiedzeniu Komisyi, obradującéj w Ministerstwie wojny nad przywróceniem Akademii józefińskiéj, sprawozdawca lekarz sztabowy Dr. Podrazky przedłożył plan organizacyi Akademii, według którego profesorowie mają być mianowani z pośród zawodowców tak cywilnych, jako i wojskowych; mianowanie nastąpi przez N. Pana na przedstawienie ministra wojny; profesorowie otrzymają płacę wedle ugody w każdym szczegółowym przypadku; przyznaną mieć sobie będą rangę profesorów Uniwersytetu, a po 10-letniéj służbie mieć będą prawo do emerytury; natomiast pobierać nie będą ani czesnego, ani taks egzaminacyjnych, ani promocyjnych. Komendantem Akademii będzie lekarz jeneralny lub sztabowy 1széj kl. podległy ministerstwu wojny. Liczba wychowańców wynosić będzie 300; część jedna utrzymywaną będzie kosztem skarbu, druga płacić będzie z góry kwotę oznaczyć się mającą. Wszyscy wychowańcy otrzymają wspólne mieszkanie, wikt i mundur, wolni będą od wszelkich opłat za pobieraną naukę i za egzaminy. Po osiągnięciu stopnia doktora w. nauk lek. zaopatrzeni zostają w potrzebne książki i narzędzia, i mianowani zostaną starszymi lekarzami w armii czynnéj z prawem awansu, a obowiązkiem służenia przez lat 10.

Projekt ten bez zmian przyjęto, a sprawozdawca otrzymał polecenie wypracowania planu nauk, poczém sprawa przedłożoną zostanie Delegacyjom dla uzyskania potrzebnego kredytu, aby w październiku 1885 r. przynajmniéj pierwsze kursa Akademii mogły być otwartemi.

* **Francyja.** Francuska Izba deputowanych udzieliła Pasteurowi 60.000 fr. w celu ułatwienia temu uczonemu jego badań co do wścieklizny. Cholera w Marsylii i Tulonie słabnie; prócz tych miast nawiedzone są epidemiją następujące jeszcze miejscowości: Arles. La Seyne, La Garde, Les Sablets, Pradet, Pierrefeu, Signes, Vidaubau, Hyêres, Thubet, Brignols, Draguignan, Nimes i Aix. Medycy z Montpellier udali się do Tulonu dla pielęgnowania chorych cholerycznych, na czele téj szlachetnéj ekspedycyi stanęli profesorowie: Estor, Lannegran, Desalles i Planchon. Powszechne panuje przekonanie, że w Lugdunie nigdy nie panuje cholera; *Le Progrès Médical* Nr. 30 prostuje to mniemanie, przytaczając raport urzędowy Dra Rolleta, ogłoszony w *Lyon médical* z 6 lipca b. r. Podług słów sprawozdawcy w r. 1849 umarło w Lugdunie z cholery 49 wojskowych i 14 obywateli; w r. 1854 — 525 osób; w r. 1855 100 osób. Byłoby rzeczą pożądaną przekonać się, czy i inne miejscowości, uchodzące za wolne od cholery, nie należą do kategoryi takiéj saméj jak Lugdun wyłączności, w którym, jeśli wziąść stosunek liczebny Paryża i Lugdunu, i śmiertelność w tych miastach podczas cholery 1854 r., to względnie Lugdun więcéj stracił ludzi aniżeli Paryż.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Na ostatniém posiedzeniu Wydziału lek. przedstawieni zostali do nominacyi na proff. nadzw. docenci: Ultzmann, Mauthner, Hofmokl, Wölfler i Englisch. Drowie Herz i Zillner potwierdzeni zostali przez Ministerstwo jako docenci prywatni, pierwszy pedyjatryi a ostatni medycyny sądowéj. Zastępstwo po śp. prof. Jägerze Wydział poruczył najstarszemu docentowi okulistyki Drowi Reussowi. — **Insbruk.** W miejsce nadzw. prof. patologii doświadczalnéj Dra Dietla, który złożony ciężką niemocą zrzekł się profesury, Wydział lekarski powołał Dra Gärtnera, asystenta prof. Strickera w Wiedniu.

* **Nekrologija.** W Grinzingau pod Wiedniem umarł Dr. Albert Roretz, b. profesor i dyrektor jednéj z akademij lekarskich w Japonii, licząc lat zaledwie 37.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 30: Zieleniewskiego: Treść zasad hydroterapii, z dołączeniem opisu ojczystych zakładów wodoleczniczych. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 30: Dr. Jerzykowskiego: Kora korzenia bawełny, jako środek zastępujący sporysz; Adamkiewicza: O ucisku mózgu. — W *Przewodniku gimnastycznym* Nr. 7: Wycieczka Czeskich Sokołów do Krakowa i Wieliczki; Durskiego: Zarys ćwiczeń na skoczni i gimnastyka w lwowskich szkołach ludowych.

Redakcyja otrzymała:

Dr. MICHAŁ JANOCHA: O cholerze, jéj przebiegu, rozszerzaniu i o środkach zaradczych. Rzeszów 1884.

Dr. JÓZEF KAZIMIERZ ZIFMACKI: Beitrage zu Kentniss der Mikrococcencolonien in den Blutgefässen bei septischen Erkrankungen. Praga 1883.

W zastępstwie redaktora: **Dr. A. Kwaśnicki.**

L. 243.

KONKURS.

Przy c. k. Zarządzie salinarnym w Kaczyce na Bukowinie jest do obsadzenia posada lekarza salinarnego, o którą PP. doktorzy wszech nauk lekarskich i względnie PP. lekarze praktyczni (magistrzy chirurgii) kompetując, swoje podania z załączeniem odnośnych świadectw i dotyczącéj praktyki do podpisanego c. k. Zarządu salinarnego najdaléj do 1go Września rb. wnieść zechcą.

Z tą posadą są połączone ze strony c. k. Zarządu salinarnego roczne honoraryjum włącznie z ryczałtem za odwiedzanie chorych 420 złr., systemizowana sól jako deputat również i obowiązek utrzymywania domowéj apteki z prawem wydawania leków dla chorych przynależnych do saliny, za złożeniem odnośnych rachunków aptekarskich wynoszących do 80 złr. rocznie; ze strony zaś gminy Kaczyki roczny dodatek ryczałtowy 100 złr.

Obowiązki lekarza salinarnego wskażą odnośne przepisy sanitarne dotyczące co do c. k. Zarządu salinarnego i co do gminy z osobna.

C. k. Zarząd salinarny.

Kaczyka dnia 23go Lipca 1884.

KONKURS.

Na posadę lekarza miejskiego we Frysztaku, powiecie jasielskim, z roczną płacą 300 złr. w. a. i dochodami z oględzin umarłych i bydła. Siedziba Sądu, Notaryjat i apteka w miejscu.

Z urzędu gminnego.

Frysztak 12 Lipca 1884.

Burmistrz
Duknet.

Dr. ANJELA
Zakład wodoleczniczy w Zuckmantel
(na Szlązku austryjackim).

W najpyszniejszéj okolicy górskiéj tuż pod lasem położony.
Najstaranniejsza piecza o chorych i leczenie tychże.
Użycie elektroterapii, mięsienia i kąpieli igliwijowych.
Najbliższa stacyja kolei żelaznéj **Ziegenhals** jest o milę odległą.

RUDOLF THÜRRIEGL
Wiedeń IX Schwarzspanierstrasse 5.

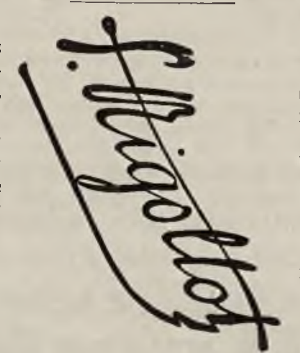
wyrabia wszelkie chirurgiczne narzędzia i przyrządy według najnowszych konstrukcyj i z najlepszego materyjału.
Nowe patentowane narzędzia z metalizowanemi rękojeściami drzewianemi do przeciwgnilnych operacyj.
Skład wszelkich lekarskich materyjałów opatrunkowych.
Ilustrowane cenniki na żądanie gratis i opłatnie.

PAPIER RIGOLLOT.
MUSZTARDA W KARTKACH NA SYNAPIZMY.
Przyjęty w szpitalach paryskich, szpitalach wojskowych, marynarki francuskiéj i angielskiéj.

Niezbędnie potrzebny dla familij i podróżnych.

P. Rigollot przez wynalezienie sposobu umieszczenia musztardy na papierze, bez nadwerężenia jéj własności, oddał wielką usługę sztuce lekarskiéj.

Sprzedaż we wszystkich aptekach.



Synapizmy jego przewyższają wszystkie dotychczasowe naśladowania.
Każda kartka opatrzona jest jego podpisem czerwonym atramentem.
Żądać należy tego znaku dla uniknienia podrobienia.

Skład główny: 24 Avenue Victoria PARIS.

L. 12722/83.

OGŁOSZENIE.
WODY MINERALNE KRYNICKIE

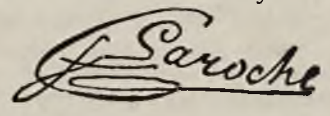
należące do szczaw żelazistych i ze swéj skuteczności w różnych słabościach powszechnie znane utrzymuje w Ciechocinku Gąbczyński; w Husiatynie Friedmann; w Jarosławiu Wisłocki; w Kijowie Marcińczyk, Seidl; w Krakowie Goldwasser, Hawełka, Wentzl; we Lwowie Goldbaum, E. Meudrochowitz, Mikolasch; w Przemyślu Kozłowski; w Tarnopolu Jamrogiewicz; w Tarnowie Traun; w Warszawie Heinrich, Lilpopp, Kucharzewski, Ziemieński; w Wiedniu Mattoni; w Wilnie Gruszewski.
Broszury i wyjaśnienia udziela na żądanie bezpłatnie c. k. Zarząd zdrojowy w Krynicy.

WODĘ CHROMOWĄ
według przepisu Dra Güntza w Dreźnie wyrabia Apteka p. Mikolascha we Lwowie i sprzedaje po 20 ct. za butelkę.

NAGRODA **16,600** FRANCS

QUINA LAROCHE
ELIXIR WINNY

QUINA LAROCHE jest najdokładniejszym preparatem ze wszelkich środków z chininą. Smak posiada przyjemny i skuteczność jéj uznaną została w słabościach żołądka, gastralgii, wynędznieniu, braku apetytu, w trudnem i mozolnem przyjściu do zdrowia po ciężkich chorobach, etc.
Zapobiega i leczy GORĄCZKI peryodyczne, jak również następstwa tychże.
PARYŻ, 22, ULICA DROUOT
Unikać naśladownictw i podrabiań które są wyrabiane we Lwowie.
Wymagać należy koniecznie podpis obocznie zamieszczony



WINA LECZNICZE
WYROBU
KAROLA MIKOLASCHA Aptekarza we Lwowie.

WINO CHINOWE HISZPAŃSKIE jest prawdziwym wyciągiem z trzech najcenniejszych gatunków kory chinowéj mianowicie: królewskiéj, brunatnéj i czerwonéj, tak samo jak i
WINO CHINOWO ŻELEZISTE HISZPAŃSKIE które zawiera oprócz tego bardzo łatwo przez ustrój ludzki przyswajaną sól żelazistą.
WINO PEPSYNOWE HISZPAŃSKIE zawierające pepsynę Rostocką najlepszéj jakości rozpuszczającą z łatwością fibrynę.
WINO PEPTONOWE HISZPAŃSKIE z peptonem przez Witte'go w Rostoku według metody prof. Dra Adamkiewicza wyrabianym i
WINO RZEWIENIOWE (rumbarbarowe) **HISZPAŃSKIE**, wyciąg winny z najlepszego chińskiego korzenia rzewniowego,

Znajdują się na składach:
w **Krakowie** w aptekach: pp. Fort. Gralewskiego, Wiktora Redyka i Ernesta Stockmara;
we **Lwowie** w aptece pod Gwiazdą Piotra Mikolascha;
w **Czerniowcach** w aptece p. F. Krzyżanowskiego;
w **Wiedniu** na głównym składzie dla Austro-Węgier u p. Wilhelma Maaagera Heumarkt Nr. 3, tudzież we wszystkich aptekach większych Austro Węgier.

Cena któregokolwiek wina leczniczego **1 złr. 50 ct.** za buteleczkę $^1/_4$ litrową.
Powyższe składy utrzymują też stary **Koniak** i stare wina **Malagę, Tokaj** i **Wino hiszpańskie dla rekonwalescentów** z piwnic **Karola Mikolascha** we Lwowie.
Świadectwa pierwszych powag na polu kliniki chorób wewnętrznych tak z Wiednia jakoteż ze Lwowa, Krakowa i Czerniowiec znajdują się w ręku K. Mikolascha.

Wystrzegać się licznych naśladowań i fałszerstw.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:				
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 9 sierpnia 1884. № 32. Rok XXIII.

I. Przyczynek do nauki o leczeniu ran.

Podał prof. J. **Mikulicz** w Krakowie.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 31).

Najmniejsze zalety w znaczeniu antyseptycznem przedstawia użycie sublimatu dla **właściwego opatrunku rany**. Jeżeli się trzymamy takiego stopnia zgęszczenia na jaki tylko dozwala niebezpieczeństwo zatrucia, to sublimat nie działa z pewnością mocniéj jak niejeden dziś już nieużywany słabszy środek przeciwgnilny, nawet tymol. Ze względu na stałe i pewne działanie ośmieliłbym się nawet twierdzić, że jest on słabszym od jodoformu. Środek antyseptyczny w opatrunku znajdujący się ma, jak wiadomo, powstrzymać rozkład i rozwój bakteryj. Temu zadaniu czyni zadość wiele zresztą nawet słabych środków przeciwgnilnych; do opatrunku nie potrzebujemy więc energicznie działającego środka. Co do tymolu, to Koch wykazał, że już w rozcieńczeniu 1:80,000 upośledza rozwój bakteryj, trzeba więc już z góry przyznać, że tymol, choć dla wielu innych celów postępowania przeciwgnilnego nie wystarcza, jest znakomitym środkiem przeciwgnilnym dla opatrunków. Dla tego Ranke zupełnie słusznie broni i dziś jeszcze tymolu, nawet wobec kwasu karbolowego, gdyż ten ostatni dopiero w rozcieńczeniu 1:1250 upośledza rozwój bakteryj. Jodoform w formie najbardziéj zgęszczonéj, t. j. jako proszek (czyto użyty jako taki, czyteż jako gaza jodoformowa) właśnie tyle działa, ile potrzeba dla opatrunku, t. j. wstrzymuje rozkład wydzieliny rannéj. Twierdzenie Boillata i innych, że jodoform zmięszany z miazgą trzustki nie zdoła powstrzymać jéj gnicia, wcale nie przynosi ujmy jego znaczeniu. Miazga trzustkowa jest właśnie masą łatwo bardzo gnijącą; a rany szczęśliwym trafem nie wydzielają miazgi trzustkowéj tylko krew i surowicę, które łatwiéj uchronić od gnicia. Przecież nie można wymagać od środka antyseptycznego więcéj, jak żeby tak jak jodoform utrzymał rany zupełnie w stanie aseptycznym, a wydzielinie odejmował wszelką woń, mimo że koło rany przechodzi ślina, śluz i pokarmy, a nawet mocz i kał.

Co do sublimatu to ma tenże w opatrunku powstrzymać rozkład wydzieliny w białko bogatéj, ma więc działać wśród podobnych prawie warunków jak w moich wyżéj opisanych doświadczeniach. Przypuśćmy więc na ich podstawie, że wydzielina w opatrunku musi zawierać co najmniéj 2‰ sublimatu, żeby się na pewne oprzeć rozkładowi. Jeżeli jakiś materyjał opatrunkowy, np. mech torfowy, wsysa 10 razy tyle ile waży, to musi być napojony sublimatem 2% żeby pozostać zupełnie aseptycznym; jeżeli wsysa tylko 5 razy tyle, ile sam waży, to musi zawierać 1% sublimatu. Dochodzimy tu jednak do liczb, które przekraczają możliwe granice wobec niebezpieczeństwa zatrucia i wywołania wyprysków. Podam poniżéj przypadek, gdzie po użyciu opatrunku zawierającego 1% sublimatu nastąpiła śmierć z powodu zatrucia rtęcią. Wprawdzie możnaby mi zarzucić, że większość chirurgów osięga dobre wyniki przy zastosowaniu materyjałów zawierających ½%, a nawet ¼%, sublimatu.

Proszę jednak zważyć, że wszyscy prawie z sublimatem łączą jeszcze drugi znakomity środek przeciwgnilny, tj. wysuszenie opatrunku. Kto nie używa zewnętrznéj nieprzemakalnéj warstwy opatrunku Listera często może dostrzedz, że cały opatrunek nawet bez środka przeciwgnilnego nie będzie cuchnął, jeżeli tylko dość szybko wyschnie. W ten sposób oczywiście można spotęgować działanie środka przeciwgnilnego zkądinąd niewystarczającego. Późniéj jeszcze podam kilka uwag o wynikach osiągniętych względnie słabym środkiem, tj. smołą, która jednak wymogom środka przeciwgnilnego opatrunkowego zupełnie odpowiada.

Nie chciałbym jednak być źle zrozumianym. Wcale nie twierdzę, jakoby sublimat nie był odpowiednim do opatrunków; w właściwém zgęszczeniu jest także dobrym środkiem dla opatrywania ran, zwłaszcza, jeżeli się wydzielinie ułatwi zaschnięcie. Nie działa jednak skuteczniéj jak wiele innych

środków. Jeżeli więc inne jakieś korzyści nie przemawiają za używaniem sublimatu do opatrywania ran, to ze stanowiska antyseptyki z pewnością nie ma powodu dawać pierwszeństwo temu, nie całkiem bezpiecznemu środkowi; byłoby to zarówno niebezpieczném, jak gdyby ktoś do celu, który można z pewnością osiągnąć prochem strzelniczym, użył daleko niebezpieczniejszéj nitrogliceryny.

Pominąłem jeszcze jednę okoliczność. Opatrunek sublimatowy nie posiada téj stałosci w działaniu przeciwgnilném, którą odznacza się opatrunek jodoformowy. Jeżeli większa ilość wydzieliny wsiąknie w opatrunek, to właśnie w częściach przylegających do rany i otworów drenowych, a więc w częściach najważniejszych opatrunku, środek przeciwgnilny ulega wyługowaniu i znika zupełnie. Należy tu więc zmienić opatrunek, skoro tylko wydzielina na brzegach opatrunku przesiąka; przy opatrunku jodoformowym wcale na to nie trzeba zważać. Już w jednéj z moich pierwszych rozpraw o jodoformie podniosłem tę okoliczność, jako zaletę jodoformu w ogole, a zwłaszcza w praktyce wojennéj.

Na podstawie tego rozumowania bardzo rozmaicie wypadnie nasz sąd co do wartości sublimatu dla poszczególnych części postępowania przeciwgnilnego. W części profilaktycznéj przewyższa on swém pewném działaniem wszystkie dotąd używane środki, w innych zaś częściach postępowania przeciwgnilnego z pewnością nie działa mocniéj jak inne środki, a wśród pewnych okoliczności nawet słabiéj, jeżeli się w ogóle trzymamy tych stopni zgęszczenia, na jakie zezwala niebezpieczeństwo zatrucia. Jeżeli więc wielu twierdzi, że od czasu zaprowadzenia sublimatu wyniki leczenia ran stały się lepsze, to należy to położyć na karb dosadniejszego dokonania części profilaktycznéj. Trzeba także jeszcze zważyć, że znaczna liczba chirurgów jeszcze przed zaprowadzeniem sublimatu mogła wykazać się wynikami, które już chyba nie mogą być lepszemi. Wielu twierdzi, że róża przyranna pod opatrunkiem sublimatowym nie rozwija się, ale to samo twierdzono dawniéj i o opatrunku karbolowym. Zresztą znane są także przypadki róży przyrannéj mimo leczenia sublimatem; B r u n s np. na 180 przypadków miał jeden przypadek róży. W mojéj, tak nieodpowiednio urządzonéj, klinice miałem podczas pierwszych 5u kwartałów przy wyłącznem leczeniu kwasem karbolowym na przeszło 200 dużych i mnóstwo małych operacyj tylko jeden lekki przypadek róży. Gdym przed Wielkanocą zaprowadził sublimat dla dezinfekcyi rąk i pola operacyjnego pojawiły się tuż po sobie 2 przypadki róży przyrannéj [1]). Z pewnością byłoby niesłusznie te 2 przypadki kłaść na karb zaprowadzenia sublimatu. Mimo to jestem przekonanym, że sublimat w tym kierunku energiczniéj działa niż kwas karbolowy. Trudno robić odpowiedzialnym jakikolwiek sposób leczenia ran za sporadyczne, tylko wyjątkowo się zdarzające, przypadki róży; wypadki zdarzają się tu i owdzie mimo sublimatu i mimo kwasu karbolowego i są następstwem błędów w wykonaniu odnośnéj metody. Tego rodzaju błędy trafiają się jednak tu i owdzie przy każdém ludzkiém dziele, a częstość ich zależy jedynie od wprawy, dokładności i sumienności osób przy pracy zajętych. Z natury rzeczy wypada, że tego rodzaju błędy łatwiéj trafiają się w klinikach, gdzie jak i w mojéj, oprócz mniéj lub więcéj wprawnych ekarzy także i wcale niewprawni uczniowie asystują.

Dotychczas oceniliśmy sublimat uwzględniając tylko jego działanie przeciwgnilne. Wartość jego dla leczenia ran zależy jednak bez wątpienia od wielu innych własności, które też zwolennicy jego na korzyść sublimatu podnoszą.

Co do kosztów przewyższa sublimat swą taniością wszystkie mocniejsze środki przeciwgnilne, zwlaszcza że do leczenia ran wystarczają tak słabe rozczyny. Tylko ze względu na sam opatrunek, wzgląd ten ustępuje zupełnie wobec gazy jodoformowéj. Opatrunek sublimatowy, bowiem zarówno jak i karbolowy, musi być w całości napojony środkiem przeciwgnilnym. Do opatrunku jodoformowego wystarczy zaś mały kawał gazy jodoformowéj, materyjał leżący ponad nią nie wymaga żadnego szczególniejszego przygotowania. Dla tego też opatrunek jodoformowy należy do najtańszych, i może pod tym względem ubiegać się o lepsze z opatrunkiem sublimatowym.

Brak barwy i woni sublimatu podnoszą niektórzy jako zaletę, inni jako wadę. Nie można téż zaprzeczyć, że z sublimatem, zwłaszcza jeżeli się dostanie do rąk ludzi niewykształconych i niesumiennych, łatwiéj dzieją się nadużycia i latwiéj mogą nastąpić niebezpieczne pomyłki niż z kwasem karbolowym. Ale zdarzyły się już także i przypadkowe zatrucia kwasem karbolowym, zdaje mi się, że z oboma środkami w tym kierunku należy postępować z należytą ostrożnością. Jako szczególną zaletę sublimatu przytacza wielu, że nie jest l o t n y m. Ścisle jednakże badania wcale jeszcze nie wykazały, że rzecz tak się ma rzeczywiście. Owszem spostrzegano, że sublimat w delikatném rozdrobnieniu, w jakiém się znajduje w materyjałach opatrunkowych, nietylko ulatnia się w ilości dającéj się wykazać, ale prawdopodobnie w bardzo znacznéj ilości, albo w inny jakiś sposób niknie. F i l l e n b a u m *(Ueber neuere Modificationen des antiseptischen Verbandes. Wiener medic. Wochensch.*, 1884, Nr. 16) podaje wynik badania gazy sublimatowéj Bergmanna wykonanego przez Dra K r a t s c h m e r a. Pokazało się że, już podczas przyrządzania gazy Bergmanna, część sublimatu przeznaczonego do napojenia gazy ginie. Gazę gotową zamknięto w puszce blaszanéj i badano ją ponownie po 3ch miesiącach; pokazało się, że zawierała ledwie tylko ślad sublimatu, podczas gdy przedtém na 1mtr. gazy przypadało 30mgr.

Wobec tych uwag F i l l e n b a u m a prosiłem kolegę prof. Ł a z a r s k i e g o, aby zechciał daléj badać, o ile się ulatnia sublimat w opatrunkach zawarty. Z niedokończonych jeszcze doświadczeń, które prof. Ł a z a r s k i łaskawie wykonać raczył, podaję tymczasem tylko następujące wyniki: W początku maja napojono kawałki odtłuszczonéj gazy dokładnie oznaczoną ilością 2% eterycznego rozczynu sublimatu. Część gazy przechowano w zamkniętém pudełku z kartonu, część zaś na otwartéj miseczce drewnianéj. Po 51 dniach badano oba kawałki na ilość sublimatu w nich zawartą. Pokazało się, że w gazie przechowanéj w zamknięciu $^1/_6$, w niezamkniętéj zaś przeszło $^1/_3$ pierwotnéj ilości sublimatu znikła. Czy to znikanie sublimatu z gazy jest zawsze stalém i tak znacznem, jak to doświadczenia K r a t s c h m e r a i Ł a z a r s k i e g o zdają się wykazywać, to o tém muszą dopiero rozstrzygnąć dalsze doświadczenia. Tymczasem jednak nie mamy prawa uważać zawartości sublimatu w gazie, która nie jest hermetycznie zamknięta, za ilość stałą, i nie jest jeszcze usprawiedliwionem polecać w praktyce wojennéj gazę

[1]) Były to jedyne przypadki w tym roku; oba zakończyły się zupełnie pomyślnie. Nadmienię tu jeszcze, że dla braku odpowiedniego miejsca nie mogłem chorych tych odosobnić, lecz musieli pozostać obok innych operowanych.

sublimatową jako materyjał pewny i na któryby się spuścić można.

Musimy jeszcze zastanowić się nad jedną rzeczą. Jestto — *the last not the least* — kwestyja zatrucia. Czy sublimat jest dla ran środkiem całkiem bez niebezpieczeństwa lub przynajmniéj nie więcéj niebezpiecznym jak kwas karbolowy i jodoform? Nie wielu tylko zwolenników utrzymywało, że sublimat w zastosowaniu do leczenia ran jest środkiem zupełnie obojętnym. M. Bott (*Beiträge zur Sublimatbehandlung.* Soloturn, 1884. Znane mi tylko z referatu w *Centralblatt für Chir.*, 1884, Nr. 16) na podstawie spostrzeżeń na 300 chorych twierdzi, że sublimat zastosowany przy leczeniu ran nie ulega całkiem wessaniu, że więc ustrojowi nie może zupełnie szkodzić. Natomiast nawet najgorliwsi obrońcy sublimatu, jak Kümmel, Bröse, Kehrer i inni, opisują objawy, które stanowczo uważać trzeba jako ogólne działanie rtęci, a tém samém dowodzą, że pod pewnemi warunkami, nawet przy zewnętrznêm użyciu sublimatu, rtęć może uledz wessaniu. A gdzie rtęć bywa wessaną, tam istnieje niebezpieczeństwo zatrucia, choćby w setkach przypadków nie wystąpiły zagrażające życiu objawy. Nie ma bowiem może trucizny, któréj działanie tak jest zależne od indywidualnego usposobienia chorego, jak właśnie rtęć. (C. d. n.)

II. Z kliniki okulistycznéj prof Dra Rydla.

Spostrzeżenia kliniczne nad zaćmą i jéj operacyją poczynione od Igo stycznia 1878 po koniec 1882 roku.

Podał Dr. E. Machek,
docent w Uniw. Jagiell. i b. asystent kliniki okul.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 31).

Przebieg po operacyi.

Sprawa gojenia odbyła się w 226 oczach (83·38%) zupełnie prawidłowo; w 82 oczach (26·62%) zaś zaszły mniéj lub więcéj ważne zboczenia od prawidłowego przebiegu. Uwzględniając wykonanie operacyi okazuje się, że po 227 operacyjach prawidłowych, zdarzyły się w przebiegu gojenia zboczenia 52 razy, czyli w 22·90%; po 81 zaś operacyjach wadliwych 30 razy, tj. w 37·03%. Liczby te dowodzą ważności wpływu operacyi na sprawę gojenia.

Co do rodzaju zboczeń w sprawie gojenia to wydarzyły się: 1) krwotok do komórki przodkowéj bez przerwania ranki 2 razy (0·65%). W obu tych przypadkach przekonałem się naocznie, że krwotok powstał bez otworzenia się ranki. W obu przypadkach powstał krwotok w mojéj obecności, podczas opatrywania oka w godzinach przedpołudniowych. W pierwszym z tych przypadków wydobywała się krew z po za ranki, z głębi oka, podobnie jak w przypadku opisanym przez prof. Rydla w Nrze 18 Przeglądu Lek. z roku 1878 i nagromadziła się na dnie przodkowéj komórki do wysokości 2 mm. W drugim przypadku, dnia trzeciego po operacyi, po rozwiązaniu oka podczas rannych oględzin, okazała się na skroniowéj części tęczówki smuga krwi, która wytrysła w oddaleniu jednego mm. od zewnętrznego brzegu sztucznéj szczeliny i spływała po tęczówce. W tym przypadku oko było dość mocno opaską przyciśnięte. Przypuszczam więc, że w chwili zdjęcia opaski i zmniejszenia parcia zewnętrznego na oko, znaczniejszy przypływ krwi do niego sprowadził pęknięcie naczynia tęczówkowego. Zdarzenia te pozostały bez szkodliwego wpływu na dalszy przebieg gojenia i na bystrość wzroku. 2) Krwotok do przodkowéj komórki, przyczém komórka była wprawdzie cieczą wodną wypełniona lecz płytsza, zdarzył się 15 razy, całkiem zaś wypróżnioną była komórka 6 razy, w którychto jednakże przypadkach przecież pozostały ślady krwi na tęczówce (razem 6·81%). Widocznie nastąpiło tu pęknięcie całéj lub jakiejś części ranki, oko bywało miększe, ranka wydęta, raz był płat spojówkowy krwawo podbiegnięty. Opadnięcia tęczówki, któregoby poprzednio nie było, nie spostrzegaliśmy. 3) Lekkie zapalenie tęczówki wśród łagodnych przypadów zadrażnienia naczyniowego z wytworzeniem się przyczepin tylnych, które się najczęściéj przerywały później przy zastósowaniu atropinu, zdarzyło się 38 razy (12·33%). Przyczepiny istotnéj szkody nie zrządziły. 4) Ciężkie zapalenie tęczówki ze zmętnieniem cieczy wodnéj i wypocinami widocznemi w przodkowéj komórce 9 razy (2·92%). 5) Zapalenie ciałka rzęskowego i tęczówki 5 razy (1·62%). 6) Ropienie rogówki (ranki), ropne zapalenie tęczówki i zapalenie ciałka rzęskowego 7 razy (2·27%). 7) Ropne wreszcie zapalenie całéj gałki ocznéj, nie zdarzyło się ani razu.

W przypadkach lekkiego zapalenia tęczówki, z przypadami zadrażnienia naczyniowego i bólami, które występowały zaraz po operacyi lub dnia następnego, a zwłaszcza w przypadkach, w których przebieg operacyi był wadliwy, a wydalenie zaćmy wymagało silniejszego ugniatania oka, lub użycia pętli Webera, stósowano, jak w ogóle po urazach oka, zimne okłady z bardzo pomyślnym skutkiem. Chorzy doznawali podmiotowo ulgi, bóle ustępowały, źrenica rozszerzała się pod wpływem atropinu a objawy przekrwienia i zadrażnienia ustępowały po dwóch lub trzech dniach. Zimne okłady stósowano w ten sposób, iż płatki płótna w czworo złożone maczano w zimnéj wodzie, w któréj pływał kawałek lodu, a po wyciśnięciu przykładano na oko zaklejone kilkoma paskami kitajki angielskiéj. Okład zmieniano często, przestrzegając ściśle, aby się nie ogrzewał. W przypadkach, w których chorzy nie znosili zimnych okładów wytwarzało się niebawem zapalenie ciałka rzęskowego lub ropienie rogówki i tęczówki.

W przypadkach ropnego zapalenia rogówki i tęczówki stósowano chinin, ciepłe wilgotne okłady, ze środków przeciwgnilnych kwas salicylowy i borowy, w kilku przypadkach jodoform, wreszcie ezeryn i atropin. Środki te, stósowane według znanych wskazań, oddawały mniéj lub więcéj skuteczne usługi; mamy powody sądzić, że powstrzymywały rozwój sprawy zapalnéj, łagodziły objawy chorobowe, nie zdołały jednakże ani w jednym przypadku, w którym po operacyi zaćmy pojawiły się już objawy ropienia, powstrzymać dalszego rozwoju sprawy zapalnéj, w ten sposób, aby oko uratować od ociemnienia. Całkowite zupełne usługi oddają środki przeciwgnilne tylko tam, gdzie z góry zapobiegają rozwojowi choroby zakaźnéj. Gdzie raz zakażenie się rozgościło, tam się już po nich daleko mniéj spodziewać należy; pewne ślady zniszczenia w każdym razie pozostaną, w oku zaś małe stosunkowo zmiany wyrządzają wzrokowi wielką szkodę. Z tego wynika, że w okulistyce operacyjnéj właściwe zdanie środków przeciwgnilnych jest zapobiegawcze i zależy przedewszystkiém na należytém oczyszczeniu oka przed operacyją i jego ochronie od zakażenia podczas i po operacyi.

O działaniu środków przeciwgnilnych w przypadkach, w których już objawy zakażenia się pojawiły, mówić będę w innéj części tego sprawozdania, w części: „O chorobach rogówkowych,“ tu tylko wspomnę, że środkom przeciwgnil-

nym w przypadkach ropienia rogówki i tęczówki po operacyi zaćmy schyłkowéj, zawdzięczamy ograniczenie ropienia i zapobieżenie rozwojowi ropnego zapalenia całéj gałki ocznéj (*Panophthalmitis*). To téż ani raz po operacyi zaćmy niepowikłanéj nie zropiało całe oko; ropienie zajęło tylko przodkową część gałki ocznéj, rogówkę i tęczówkę, a towarzyszące zapalenie plastyczne tylnych części oka sprowadziło w siedmiu przypadkach suchoty gałki ocznéj (*Phthisis bulbi*).

Przy téj sposobności wspomnę jeszcze o postępowaniu przeciwgnilném, zastósowaném przed operacyją i o opatrunku przeciwgnilnym, zakładanym po operacyi. Dzień przed operacyją przy spisywaniu historyi choroby zapuszczano do worka spojówkowego 2%, późniéj 3-procentowy rozczyn kwasu borowego. W przypadkach chociażby lekkiego nieżytu lub nastrzykania naczyń spojówkowych zapuszczano dnia poprzedzającego operacyję kilka razy wyżéj wspomniany rozczyn. Bezpośrednio przed operacyją zapuszczano znów kwas borowy do worka spojówkowego i zmywano twarz i powieki za pomocą waty Brunsa maczanéj w rozczynie borowym. Po operacyi i oczyszczeniu oka zakładano naprzód płatek lintu borowego (przez czas jakiś płatki waty wchodzące w skład opatrunku Hornera) zmaczany w kwasie borowym, wyścielano oczodół watą Brunsa, tę zaś przytwierdzano paskami płótna za pomocą plastru diachylowego i opaską flanelową Arlta z tasiemką poprzeczną. Watę i płatki lintu borowego przechowywano w naczyniu szklaném, zamkniętém szczelnie nakrywką szklaną. Przy przewijaniu oka obmywano powieki rozczynem kwasu borowego.

Pobyt operowanych w klinice.

Z przyczyn, o których prof. Rydel na str. 257 sprawozdania o zaćmie (r. 1878 Przegl. Lek.) wspomina, przedłużano pobyt operowanych w klinice zasadniczo aż do mocnego zabliźnienia się ranki i ustąpienia wszelkich śladów zadrażnienia oka. W najpomyślniejszych nawet przypadkach, z wyjątkiem kilkunastu, nie opuszczali chorzy kliniki przed 17tym dniem po operacyi. Pobyt operowanych, u których zaszły ciężkie zboczenia w przebiegu gojenia, przedłużał się do kilku tygodni a niektórych do kilku miesięcy. Jedna chora przebywała w klinice bez przerwy 208 dni. Przyczyną tego było ciężkie zapalenie tęczówki i ciałka rzęskowego, po którego ustąpieniu i przeczekaniu kilku tygodni wykonano irydektomiję, gdy ta pozostała bez skutku a uboga chora domagała się operacyi zaćmy na oku drugiém, jeszcze niedojrzałéj, z powodu, że dalekiéj podróży po raz drugi przedsięwziąć nie będzie mogła, przyspieszono dojrzałość sposobem Förstera, a w trzy miesiące późniéj wydobyto zaćmę z ostatecznym wynikiem $V^{6}/_{18}$. Tém się tłumaczy stosunkowo długi średni pobyt, wynoszący 23·8 dni, na każdą z 308 operacyj, licząc od dnia operacyi aż do dnia wystąpienia z kliniki.

Wypadki co do wzroku.

Wiadomo, że bystrość wzroku poprawia się zazwyczaj dłuższy jeszcze czas po operacyi. Niezborność rogówkowa, powstała skutkiem operacyi, zmniejsza się z czasem, źrenica oczyszcza się, środki łamiące do reszty się wyjaśniają. Ażeby oznaczyć bystrość wzroku, którą chorzy uzyskali trzebaby więc operowanych późniéj badać, ale sposobność po temu wydarza się tylko rzadko i przypadkowo. Chcąc jednakowoż przedstawić wypadki co do wzroku, podajemy w każdym z operowanych przypadków wynik ostatniego badania, w tych zaś przypadkach, których po wystąpieniu z kliniki już widzieć nie mieliśmy sposobności, wynik pierwotny, tj. ten, z jakim z kliniki wystąpili.

Wypadki co do bystrości wzroku są następujące:

$S^{6}/_{6}$	w	3	przypad.	tj.	0·97%	I
$S^{6}/_{9}$	„	3	„	„	0·97%	
$S^{6}/_{12}$	„	17	„	„	5·52%	
$S^{6}/_{18}$	„	39	„	„	12·66%	
$S^{6}/_{24}$	„	112	„	„	36·36%	
$S^{6}/_{36}$	„	70	„	„	22·73%	
$S^{6}/_{60}$	„	45	„	„	14·61%	
$S^{5}/_{60}$	„	5	„	„	1·62%	II
$S^{3}/_{60}$	„	3	„	„	0·97%	
$^{1}/\infty$ z nadz. odzysk. wzr.		1			0·32%	III
$S\,^{1}/\infty$ bez nadziei		4	przyp.		1·30%	IV
S=0	w	6	przypad.	tj.	1·95%	

Wypadki powyższe dzielą się na cztery gromady. Do gromady I należą wszystkie oczy, które odzyskały bystrość wzroku od $^{6}/_{6}$ do $^{6}/_{60}$, uzdalniającą operowanych do wszelkich zatrudnień, szycia, pisania i czytania druków drobnych. Wypadków takich zaliczanych powszechnie do zupełnie pomyślnych było 289 na 308 operacyj, co stanowi 93·83%.

W IIgiéj gromadzie mieści się 8 czyli 2·60% operowanych, którzy odzyskali bystrość wzroku pozwalającą im czytać duże druki i wykonywać grubsze roboty. Pomiędzy tymi znajduje się także chory z bardzo dobrym wynikiem technicznym, który pomimo to liczy tylko palce na 5 metrów z powodu plam rogówkowych, które od dzieciństwa bystrość wzroku upośledzały. Przypadku tego nie zaliczono do zaćm powikłanych, gdyż do tych tylko takie zaliczano, które operować trzeba w oczach dotkniętych chorobą, mogącą wpłynąć niepomyślnie na przebieg operacyi lub na przebieg sprawy gojenia. Natomiast nie zaliczono do téj gromady dwóch przypadków, w których po operacyi chorzy mieli tylko poczucie światła, a po irydotomii, pomyślnie wykonanéj, odzyskali $^{6}/_{24}$ w jednym, a $^{6}/_{36}$ prawidłowéj bystrości wzroku w drugim przypadku. Dodać wreszcie trzeba, że prawie wszyscy chorzy, do téj gromady zaliczeni, mogą jeszcze doznać znacznéj poprawy wzroku za pomocą operacyi powtórnéj. Większa część tych chorych dla tego tylko nie poddała się operacyi powtórnéj, że im bystrość wzroku oka drugiego, najczęściéj także operowanego, zupełnie wystarczała.

Do IIIciéj gromady zaliczamy jeden tylko przypadek. Przy operacyi pozostała w oku tylna kora soczewkowa, która całkowicie nie była dojrzała, skutkiem czego powstała gruba zaćma wtórorzędna, zapalenie tęczówki i liczne tylne przyczepiny. Chory ten wystąpił z kliniki z poczuciem światła i prawidłową lokalizacyją. Zresztą wyglądało oko tak, że była uzasadniona nadzieja, iż chory po ponownéj operacyi uzyska średnią bystrość wzroku. Chorego tego widziałem późniéj. Z niewiadomych powodów dostał zapalenia ciałka rzęskowego w trzy miesiące po wystąpieniu z kliniki, skutkiem czego rozpoznawał światło stoczka tylko w odległości jednego metra. Ponieważ w przedstawieniu wypadków co do wzroku podajemy w każdym z operowanych przypadków wynik ostatniego badania, zapalenie zaś ciałka rzęskowego najprawdopodobniéj przecież pozostawało w związku z dokonaną operacyją, przy obliczaniu odsetek strat oko to zaliczyłem więc do ócz straconych.

Gromadę IVtą wreszcie stanowią cztery oczy z utrzymaném wprawdzie poczuciem światła, ale z mniéj więcéj wyraźnemi oznakami zaniku i sześć ócz pozbawionych poczucia

światła, wszystkie bez żadnéj nadziei odzyskania wzroku (3·25%). Utraciliśmy więc, wliczając także oko gromady trzeciéj do straconych, 11 ócz na 308 operacyj zaćm schyłkowych niepowikłanych, co czyni 3·57%. Natomiast osiągnięto wynik dodatni, zupełnie pomyślny, w 93·83%, a wynik dodatni pośledni w 2·60%. Sąto wyniki operacyjne, jakiemi nie wiele zakładów poszczycić się może.

Jeżeli porównamy wyniki operacyjne przypadków, z których obecnie sprawę zdajemy z wynikami 319 operacyj, które prof. Rydel ogłosił w r. 1878 w Przeglądzie Lekarskim, to porównanie wypada stanowczo na korzyść późniéj wykonanych operacyj. Odsetka bowiem wyników zupełnie pomyślnych (I gromada) podniosła się o 1·98, odsetka zaś zupełnych strat zmniejszyła się o 1·45. (Dalsza część późniéj ogłoszoną będzie).

III. Pogląd na sposoby operowania przerosłego migdałka połykowego.

(Vegetationes adenoid. tonsillae pharyngeae)

Skreślił Dr. Klemens Koehler z Kościana.

W. Mejer (*Ueber adenoide Vegetationen. Archiv f. Ohrenheilkunde.* Czerwiec, 1873) z Kopenhagi był pierwszym, który w roku 1873 określił chorobę, nad której leczeniem dziś obszerniéj zastanowić się pragnę. Jakkolwiek już Czermak, Koelliker i Voltolini na powiększenie się gruczołka połykowego wskazywali, a Kölliker, a zaraz po nim Luschka, anatomicznie i histologicznie szczegółowiéj gruczoł ten opisali, niezaprzeczenie jednakże przypisywać należy zasługę Mejerowi, że pierwszy operowania się podjął i na podstawie licznych przypadków zachęcił lekarzy do dalszych ścisłych badań i do wydoskonalenia sposobów operowania. Ponieważ narzędzie, którém Mejer operował, a dziś jeszcze operuje, nie wszystkim na tém polu specyjalistom dogodném się zdawało, posypały się jak z rogu obfitości najrozmaiciéj zbudowane narzędzia, przyczém, jak to zwykle bywa, każde narzędzie przez siebie podane jako najlepsze, najdogodniejsze i najpewniejsze wychwalał.

Ponieważ zwyrodniały i przerosły ten gruczoł wielką ilość naczyń krwionośnych w sobie zawiera a i Mejer donosił, że po operacyi krwotok czasem dość silny następował, to też myśl przyżegania kamieniem piekielnym znalazła adeptów. Zaufal nawet polecał ten sposób, okalając drut platynowy azotanem srebra. Pomijając jednakże to, że zwyczajny a tańszy zgłębnik, stosownie zagięty, a nie platynowy, zupełnie wystarcza, trudną jest rzeczą zniszczyć przypaleniem większe wybujałości, a w każdym razie postępowanie to długo, czasem lata, trwające i przykre, znużyć może chorego. Może się jednak i ten sposób w wyjątkowych przypadkach stać korzystnym w razie, gdy większe wybujałości już inném narzędziem zniszczono, resztę zaś doszczętnie jeszcze wypadnie nam usuwać. Rodzice wreszcie lękliwi, bojąc się krwawych rękoczynów, zniewolić nas czasem mogą do użycia téj metody, wcale się jednak niezalecającéj. Prócz kamienia piekielnego polecono jeszcze kwas chromowy, potaż żrący, chlorek zynku. Wypalanie to odbywa się przez usta, którąto drogą jedynie bez uszkodzeń zdrowych części dojść możemy do miejsca wskazanego. Drugą drogą, którą dosięgnąć możemy ściany przestrzeni połyko nosowéj, jest przewód dolny nosa, między muszlą dolną a dnem nosa. Tę drogę obrał W. Mejer i sporządził w tym celu na długim trzonku mały obrączkowaty nożyk obosieczny, którego prosta średnica wynosi 7mm., a poprzeczna 10mm. Po wprowadzeniu nożyka wchodzi się palcem lewéj ręki przez usta za podniebienie miękkie i nim się narośle do nożyka przyciska, wyskrobując, wszystko co nad powierzchnię ściany wystarcza. Krwotok tamuje się przepłukiwaniem przez nos i potem jeszcze się przypala azotanem srebra. W ten sposób jednakże tylko górnéj części przestrzeni dosięgnąć można, gdy tymczasem rozrost gruczołu i na boczne ściany aż do otworów trąbek Eustachijusza albo na tylną ścianę sięgać może. Były asystent Mejera Wiktor Lange (*Deutsche medicinische Wochenschrift* 1883, Nr. 53) także używa podobnego nożyka obrączkowego, wprowadza go jednak przez usta, przyczém zmienił stosownie trzonek. Sposób ten znajdujemy już lepszym, ściany bowiem wszystkie są dostępnemi, a w ogóle ta droga lepiéj nas do celu prowadzi. Dochodząc przez przewód nosowy do przestrzeni połyku za nosem napotykamy rozmaite trudności. Najprzód uwzględnić nam trzeba, że zwykle skutkiem choroby otwory nosa są małe, że przy wybujałościach migdałka połykowego zawsze i błony śluzowe nosa są w stanie zapalnym, że muszle dolne często są powiększone, że daléj zwykle przegroda nosowa okazuje zboczenia od linii prostéj, że na niéj spotykamy wybujałości kostne, w końcu nadmienić nam wypada, że i nowotwory w nosie samym nieprzepartą tamę stawiać mogą. Liczyć się także trzeba i z tém, że wypada nam zawsze starać się o to, aby choremu jak najmniéj sprawiać przykrości, operując zaś przez nos nietylko ten narząd drażnimy, ale jeszcze i palcem przez usta wprowadzoném narzędziem kierować musimy. Dwa przypadki ostrego zapalenia jamy środkowéj ucha podane przez Wendta, które powstać miały po wprowadzeniu narzędzia Mejera przez nos, nie dowodzą wcale, jakoby zapalenia te miały być następczemi, to téż przypadków tych jako przeciwwskazania do używania narzędzi wprowadzanych przez nos uważać nie można. Ileżbyśmy musieli wywoływać takich zapaleń przez wprowadzanie cewnika do trąbki Eustachijusza? Po tém, cośmy nadmienili, nie możemy téż polecać ucinania tych wybujałości za pomocą pętli przez nos wprowadzanéj, czy o zimnéj, czy téż galwanicznie rozpalonej. Stoerck, Hartmann, Zaufal podali każdy z osobna aparat z pętlicą, Voltolini operuje pętlą galwanokaustyczną. I tu znów napotykamy na konieczność wprowadzania palca przez usta, aby pętle zakładać za pojedyńcze, wysterczające wypukłości i przytrzymywać. Część lekarzy obywa się zupełnie bez narzędzi, zapewne trzymając się zasady, że palec najlepszém narzędziem, za pomocą paznogcia wydrapują i miażdżą narośla. Postępowanie takie nazwać wypada co najmniéj niegodném lekarza, jestto postępowanie barbarzyńskie i bardzo przykre na otoczenie robiące wrażenie. Jak już dziś nikt migdałków nie wydrapuje paznogciem, jak nikt już dzisiaj paznogciem ropni tylno połykowych nie otwiera, tak też zapewne wkrótce nikt nie będzie powiększonego migdałka połykowego wydrapywać za pomocą paznogcia. Dziwić się musimy, że dziś jeszcze mieliśmy sposobność napotkać w Niemczech nawet specyjalistów z pewném zadowoleniem tak operujących. Ponieważ nie każdemu daném jest mieć mocne paznogcie, użyto stalowego paznogcia Motaisa, który za pomocą pierścionka wkłada się na pierwszy członek palca wskazującego tak, aby ostrze poza brzeg naturalnego paznogcia przechodziło. Bezold zmienił narzędzie Motaisa o tyle, że obrączka zakłada się na trzecim członku, od obrączki pod palcem

idzie stalka, na której końcu łyżeczka przymocowana, wystająca na 2 do 3 mm. poza palec. Justi (*Ueber adenoide Neubildungen im Nasenrachenraume. Klin. Vorträge*, Nr. 125) operując także zwyż opisanym paznogciem, poleca jeszcze łyżeczkę ostrą, osadzoną na dłuższym członku, który stosownie jest zagięty. Łyżeczek takich używać trzeba cztery rodzaje podług tego, którą ścianę się wydrapuje. Justi sam przyznaje, że po téj operacyi zawsze bywa mocny krwotok, który bawełną styptyczną tamować często musi. Żadnych złych następstw nigdy nie miewał, ale sam dodaje, że spostrzegali je Mejer, Schwartze, Wendt i inni. Używanie wszelkich ostrych narzędzi bez kontroli oka, która tu jest zawsze niemożebną, nie da się żadną miarą usprawiedliwić. Operując gołym palcem przynajmniéj czuciem osądzamy, co drapiemy, sztucznym jednakże paznogciem ani też łyżeczką ostrą czuć o tyle nie możemy, abyśmy mogli ochronić błonę śluzową, która w takich razach równie bywa rozmiażdżoną, a często i okostna większym ulegnie obrażeniom. Badanie nosa z tyłu, którém się posługujemy dla rozpoznania, jest przy takiém operowaniu niemożebném. Przestrzeń za mała, aby można i zwierciadełko jeszcze wprowadzać, choćbyśmy mieli bardzo cierpliwego i dobrze do rynoskopii nadającego się chorego, a co ważniejsza jeszcze, że krew na zwierciadło ściekająca obraz zakryje.

To téż ważną jest bardzo przyczyną, dla czego wymienionych sposobów operowania polecać nie możemy. Jak chirurg zupełnie odsłania wpierw nożem części głębiéj leżące, które odłączyć i wyjąć zamierza, tak i usuwanie gruczołka połykowego musimy koniecznie starać się pod wodzą oka uskuteczniać. Nauka rynoskopii tak dziś już jest wydoskonaloną, że można za pomocą zwierciadełka w licznych przypadkach całą przestrzeń połyko-nosową dokładnie widzieć. Nie wypada nam téż wprowadzać instrumentów po ciemku i omacku, a kto nie umie te części oku przystępnemi uczynić, niechaj się lepiéj nie podejmuje sprawy, któréj dobrze nie zna. Niezaprzeczenie nie można zarzucać Majerowi i Langemu nieświadomości, mimo że przy ich metodach zwierciadła używać nigdy nie można, oni doświadczeniem nabytém swemi narzędziami dobrze i pewno operują, w ich ręku nóż ten obosieczny nie jest niebezpiecznym. Nie można im daléj robić zarzutu, że dotąd od swoich narzędzi nie odstąpili, przyzwyczaili się do nich, są im dogodne, ale i z drugiéj strony nie mogą ci dwaj znakomici duńscy laryngolodzy dziś już znaleźć naśladowców. Barbarzyńskie zaś wydrapywanie czy naturalnym, czy też sztucznym paznogciem zupełnie zaniedbaném być powinno, już téż i dla tego samego, że nigdy wzrokiem osądzić nie można co i jak głęboko się miażdży. Przyznać musimy, że niestety są osoby, u których badanie nosa z tyłu jest niemożebném, przy cierpliwości jednakże i tę liczbę jeszcze zniżymy. Wziernikując często, przyzwyczaimy chorego do téj manipulacyi, nauczymy go zwolna regularnego oddechania przez nos, przez co podniebienie miękkie się zwiesi. A gdy nadczułość jest zbyt wielką, poskromić ją wypada przez pędzlowanie rozczynem bromku potasowego lub chloralem z morfinem. Przyuczywszy chorego, ztępiwsy przez częste badanie podniebienie miękkie i tylną ścianę połykową, często z łatwością przyjdzie nam po łyżce przez chorego samego trzymanéj, a język przyciskającéj, obok zwierciadełka jeszcze i narzędzie przeprowadzić i rękoczyn wykonać. Operowanie wszelkie w gardle, połyku musi być, o ile możności, pod kierunkiem wzroku wykonywaném, dogmat to, którego przestrzegać zawsze winniśmy, a od którego tylko wśród okoliczności od nas już niezależnych odstępować wolno. Że dojście do migdałka połykowego jest tylko wygodném przez usta, że narzędzia drapiące są niestosownemi, już zwyż wykazać się starałem, myśl użycia narzędzi odszczypujących wybujałe kawałki, kleszczy, naturalnym biegiem rzeczy laryngologom nasunąć się musiała. (Dok. nast.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie z konferencyi o cholerze

(w państwowym Urzędzie zdrowia w Berlinie w d. 26 lipca br.)
podał Dr. Ponikło.

W dniu 26 lipca b. r. przedstawił Dr. Koch w Urzędzie zdrowia (*Reichsgesundheitsamt*) w Berlinie wyniki swych badań nad etyjologiją i patogenezą cholery wobec zaproszonego ściślejszego grona lekarzy, przeważnie profesorów uniwersytetu Berlińskiego i kilku najwyższych lekarzy wojskowych.

Na wstępie zwrócił Dr. Koch uwagę na różnolitość dotychczasowych zapatrywań co do przyczyn, sposobu przewlekania, patogenezy i rozwoju cholery: gdy nauka o innych chorobach zakaźnych dzięki ulepszonym sposobom badania w ostatnim dziesiątku lat znaczne poczyniła postępy, rzecz o cholerze nie wiele rozjaśnioną została, częścią dla tego, że w tym okresie czasu nie było sposobności spostrzegania epidemii w Europie, w Indyjach zaś, gdzie cholera stale mogłaby dawać materyjał do umiejętnego badania, nikt się nie znalazł, ktoby przy pomocy nowych metod badania sprawą tą się zajął.

Rozpoczyna Koch od wyniku badań swych przedsięwziętych w Egipcie, w roku zeszłym. Czuł wtedy dobrze trudność swego zadania, gdy ani istota zarazka cholerycznego nie była znaną, nie było nawet uzasadnionych wskazówek, gdzie tegoż szukać należy, czy we krwi, czy w jelitach, czy gdzieindziéj w ustroju, czy się rozchodzi o prątki, czy grzybki lub może o najniższe ustroje zwierzęce, jak amoeby itd.

Przedewszystkiém sekcyje przedsięwzięte na zmarłych skutkiem cholery w Egipcie przekonały Kocha, iż w wielu przypadkach zmiany anatomiczne spostrzegane nie zgadzały się z szablonowym opisem w podręcznikach lekarskich podawanym. W przeważnéj liczbie przypadków zmiany anatomiczne były głębsze: przekrwienie jelita cienkiego, zwłaszcza dolnéj części dochodziła bardzo wysokiego stopnia, błona śluzowa była w wielu miejscach obumarła i zgorzelinowo rozpadnięta, znajdowały się liczne powierzchowne owrzodzenia, tudzież pokłady błonicowe najczęściéj tuż powyżéj kiszki ślepéj, treść jelitowa tylko w bardzo ostrych i krótkotrwałych przypadkach była podobną do odwaru ryżowego, częściéj była krwawo-posokową. W wielu przypadkach znalazł Koch cechujące zmiany anatomiczne błony śluzowéj jelit: gruczoły odosobnione tudzież kępki Peyera były otoczone ciemno-czerwoną obwódką, gdy otoczenie i środkowe części kępek tylko słabo były przekrwione; treść jelitowa w tych przypadkach była podobną do rzadkiego kleiku mącznego. Badanie drobnowidowe jelita w tych właśnie „cechujących" przypadkach wykazało, że w owe miejsca zaczerwienione i przekrwione nastąpiła inwazyja prątków: prątki najobficiéj znajdowały się w gruczołach torebkowych, sadowiły się również pomiędzy warstwą przybłonkową a błoną zasadniczą, niejako podno-

sząc i wypuklając warstwę przybłonkową, w niektórych przypadkach wtargnęły także głębiéj w tkaninę jelita; poza temi prątkami o szczególniejszych kształtach i rozmiarach, które badającego uderzały, można było wykazać liczne prątki o rozmaitéj postaci i wielkości, zupełnie odpowiednie tym jakie w ogole się rozwijają przy sprawie rozpadowéj i zgorzelinowéj. Obraz drobnowidowy robił na badającym wrażenie, jakoby owe prątki „szczególniejsze" były czemś pierwszorzędném, jakoby one dopiero następowo utorowały drogę rozwojowi zwykłych prątków septycznych.

W treści jelitowéj tych przypadków, gdzie takowa była krwawo-posokową, cuchnącą, nie mógł Koch wykazać owych „cechujących" pratków, lub tylko w skąpéj ilości. Przeważały tu wielce zwykłe prątki gnilne najrozmaitszych kształtów. Badanie jednak przypadków świeżych i ostrych pouczyło Kocha, iż im zmiany są świeższe tym większa ilość prątków cechujących. Prątki te nazwał Koch „prątkami przecinkowemi *(Kommabacillen)*. Są one o połowę mniejsze, niż prątki gruźlicze, lecz wiele grubsze, pękate i zakrzywione łukowato (ztąd do przecinka pisarskiego podobne). Czasem można spostrzedz podwójne zakrzywienie, tak iż powstaje kształt litery: S. (złączenie dwóch osobników). Hodowanie prątków tych wykazało nadto szczególniejszą formę rozwoju tychże, wyrastają czasem w długie nitki śrubowato skręcone, niezmiernie podobne do spirochaetów duru powrotnego. Dla tego dotąd Koch nie jest pewnym, czy ma zaliczyć prątki choleryczne do właściwych prątków *(bacillus)* czy do rzędu prątków krętych *(sprillum)*, lub możebnie stanowią one formę przejściową.

Prątki przecinkowe rozwijają się bardzo łatwo i szybko w płynach pożywczych, np. w rosole i mleku. W mleku nie strącają kazeinu, jak to czynią inne prątki. Rosną bardzo żywo w surowicy krwi. Znakomitym gruntem rozwoju prątków przecinkowych jest także żelatyna, w któréj kolonije prątków tych cechujące przybierają kształty: młoda kolonija przedstawia postać bladéj małéj kropli o konturach nierównych jakby poszarpanych, w dalszym rozwoju przybiera wejrzenie ziarniste, łamie silnie światło; sprawia około siebie rozpływanie się żelatyny w formie lejka, na którego wierzchołek opada.

Najlepiéj rozwijają się prątki przecinkowe w ciepłocie 30°—40°C., w ciepłocie 17°C., mnożą się jeszcze dość dobrze, chociaż znacznie powolniéj; poniżéj 16°C. przestają się rozwijać. Staza ta w rozwijaniu się nie jest wszakże identyczną z obumarciem tychże. Prątki przecinkowe zawarte w płynie i na ciepłotę — 10°C. wystawione, po odtajaniu płynu świetnie dały się hodować. Nie znoszą one braku powietrza i tlenu, jak wykazały doświadczenia pod kloszem pompy pneumatycznéj robione, chociaż po przystępie powietrza mogą znowu odżyć i na nowo się rozwijać. — Również przestają się mnożyć w atmosferze gazu kwasu węglowego, lecz i wtedy nie obumierają, lecz popadają tylko w chwilowy stan uśpienia, z którego zaczerpnąwszy tlenu budzą się. Niska ciepłota zatém, brak tlenu, wstrzymują tylko czasowo rozwój prątków przecinkowych, lecz ich bynajmniéj nie gubią.

Prątki choleryczne w ogóle rosną bardzo szybko, lecz dosięgnąwszy pewnego stopnia rozwoju daléj się nie mnożą i poczynają ginąć. Na wilgotnéj ziemi, na bieliźnie wilgotnéj rozwijają się niezmiernie żywo przez pierwsze 24 godzin, poczém powolniéj przez 1—2 dni, wreszcie się rozpadają ustępując miejsca zwykłym prątkom gnilnym.

W płynach gnilnych prątki te się nie rozwijają; Koch nie znajdował ich téż w treści jelit, krwawo-posokowéj.

Koch podaje daléj wpływ różnych substancyj na żywotność i rozwój prątków cholerycznych:

1) Jod (1:4000; w któréj ilości, jak wiadomo, w wodzie się rozpuszcza) nie powstrzymuje rozwoju prątków. Takiż rozczyn jodu nie powstrzymuje np. rozwoju prątków wąglikowych *(bacillus anthracis)*.

2) Alkohol powstrzymuje rozwój prątków dopiero w rozczynie 10-procentowym.

3) Siarkan żelaza dopiero w rozczynie 2%-owym powstrzymuje rozwój prątków cholerycznych, lecz żadną miarą ich nie gubi. Koch uważa siarkan żelaza za nieodpowiedni środek dezinfekcyjny kloak i zbiorników istot gnilnych, a nawet za wprost szkodliwy, albowiem powstrzymując zgniliznę, a nie wpływając swoiście na prątki choleryczne, może się w słabszych rozczynach owszem przyczynić do rozwoju prątków.

4) Alun w rozczynie 1:100, kamfora 1:300, kwas karbolowy 1:400, olejek miętowy 1:2000, siarkan miedzi 1:2500, chinin w rozczynie 1:5000, a sublimat w rozczynie 1:100,000(!!) powstrzymują rozwój prątków przecinkowych. (C. d. n.)

Dr. Fr. Dornblüth (z Rosztoku): **Uwagi o leczeniu cholery.**

Odkrycie prątków cholerycznych dokonane przez Kocha oraz nieustanne badanie właściwości ich życia wpłynie niewątpliwie, może już w niedalekiéj przyszłości, na gruntowną zmianę postępowania leczniczego w cholerze. Co do zapobiegania, to zdaje się, że głównie zasady Pettenkofera, z taką wytrwałością od tylu lat głoszone, doczekają się tym razem tryjumfu i ogólnego uznania.

Nim jednak wynaleziony zostanie swoisty środek, któregobyśmy w cholerze byli tak pewni, jak np. chininu w zakażeniu bagienném, czego znów, nawiasem mówiąc, nie tak rychło spodziewać się można, — potrzeba koniecznie wobec grożącéj całéj Europie epidemii, porozumieć się przynajmniéj co do główniejszych zasad postępowania leczniczego w cholerze, zwłaszcza że niejedna metoda i niejeden środek stosowany dawniéj, okazały się stanowczo niewłaściwemi a nawet szkodliwemi.

Przedewszystkiém uważać należy i nadal za pewnik, że wszelkie zaburzenia w trawieniu oraz patologiczne sprawy w żołądku, którym towarzyszy nieprawidłowe kiśnienie, obfitsza wydzielina alkalicznego śluzu i pomniejszenie ilości kwasu solnego, ułatwiają rozwój żywotny prątków cholerycznych i pozwalają im dostawać się tą drogą do jelit, badania bowiem wykazały, że przecinkowate prątki właściwe cholerze, właśnie w alkalicznych cieczach najbujniéj się mnożą, gdy przeciwnie wszelki rozczyn kwaśny jest trucizną dla ich ustroju (Kłodzianowski).

Usuwać przeto należy starannie w razie epidemii wszelkie, nawet lekkie, zaburzenia czynności żołądka, tém bardziéj inne wybitniejsze sprawy chorobowe tego narządu, najlepiéj podawaniem kwasu solnego; w razie zaś przeładowania żołądka nadmierną ilością spożytych pokarmów nie należy wcale zwlekać z podaniem silnego środka wymiotnego (korzenia wymiotnicy), ażeby zalegającą żołądek miazgę czem prędzéj usunąć.

Panującą w czasie epidemii t. zw. biegunkę zwiastunną należy w każdym przypadku uważać za biegunkę choleryczną, co zresztą dawno uznaném zostało. Nie wynika

z tego jednak bynajmniéj wskazanie do użycia środków szczmiących i ściągających, stosowanych w celu doraźnego stłumienia biegunki. Jeżeli w zwyczajnéj biegunce, powstałéj z zalegania w jelitach kiśniejącéj miazgi, niemniéj w biegunce dysenterycznéj, zasadą jest najważniejszą, aby przedewszystkiém wydalić z jelit treść nieprawidłową, to do prawdy pojąć trudno, dla czego jednę tylko biegunkę choleryczną leczono dotąd wręcz przeciwnie, podawaniem makowca, tanniny, bizmutu, azotanu srebrowego i innych środków ściągających i szczmiących, co chyba do tém skuteczniejszego zatrzymania w jelitach skisłéj miazgi i tém bujniejszego w niéj rozwoju prątków cholerycznych przyczyniać się mogło.

To téż jak z jednéj strony wielu lekarzy różnemi czasy oświadczyło się wprost za tém, aby leczenie biegunki cholerycznéj rozpoczynać od podawania środków przeczyszczających, tak znów z drugiéj co do działania makowca i rozmaitych „kropli" zawierających ten środek a tak powszechnie używanych przeciw biegunce cholerycznéj, stanowczo przestrzega autor, opierając się na doświadczeniu własném i innych, zdobytém podczas epidemii grasującéj w Rosztoku i okolicy w latach 1850 i 1859.

Szczególniéj podczas téj ostatniéj epidemii w Rosztoku schroniło się dużo osób ze stanów zamożniejszych do miejscowości portowéj i kąpielowéj Warnemünde dla tego, że ją cholera w dwóch poprzednich epidemijach w r. 1830 i 1850 zupełnie ominęła. Wszyscy przywieźli z sobą i używali gorliwie rozmaitych kropli makowcowych lub proszków składających się najczęściéj z bizmutu i makowca, — i właśnie u nich okazała się biegunka najuporczywszą a przebieg cholery bardzo groźnym. Wkrótce doszło opium, jako środek przeciwcholeryczny, do takiéj niesławy, że najpierw lekarze odróżniać zaczęli podług tegoż skuteczności lub nieskuteczności „cholerę swojską od azyjatyckiéj" a następnie osobną uchwałą rady gminnéj rosztockiéj (27 lipca 1861) i rozporządzeniem Rządu meklembursko-szweryńskiego (27 czerwca 1863) surowo wzbroniono aptekarzom sprzedawania podczas epidemii kropel makowcowych oraz ponownego wydawania makowca na raz już użytą receptę! Uderza to tém bardziéj, że w dziele takiém jak Niemeyera-Seitza (X t. II, 755) makowiec wyraźnie podany jest jako „środek jeden z najskuteczniejszych w biegunce cholerycznéj", którego używanie „nawet bez osobnego przepisu lekarskiego" dozwolone być winno. Dla tego to uważa autor za daleko stosowniejsze, zaraz przy pierwszych objawach zakażenia cholerycznego nakazać choremu położyć się do łóżka a zamiast środków powyżéj wspomnianych zalecić mu picie zwyczajnéj herbaty lub naparu z mięty.

Lecz i w okresie właściwéj cholery makowiec jest podług niego jeśli nie wprost szkodliwym, to napewne bezużytecznym. Odwołuje się w téj mierze do zdania wielu lekarzy, podług których nawet winę występowania okresu tyfoidalnego cholery przeważnie przypisać należy makowcowi i innym środkom odurzającym. Te bowiem zadawane choremu w okresie cholery, w którym chłonienie w jelitach zupełnie zawieszoném zostało, pozostają w przewodzie pokarmowym aż do przywrócenia chłonienia, poczém w większéj naraz ilości wprowadzone do obiegu krwi, rozwijają niejako działanie zborne.

Z uwagi zatém, że pierwszém zadaniem lekarza w biegunce cholerycznéj powinno być wydalenie nieprawidłowéj treści jelit wraz z prątkami, niemniéj, że właśnie porażenia jelit najbardziéj w cholerze obawiać się należy, zaleca autor unikanie makowca a natomiast wczesne podawanie kalomelu. Zalecali ten środek zresztą już angielscy i niemieccy lekarze, z tych ostatnich Pfeufer. Kalomel w właściwéj dawce dany sprawia, jak wiadomo, charakterystyczne zielone stolce; prócz tego minąwszy żołądek bez zmiany, przeobraża się w jelitach w sublimat, związek będący najsilniejszym ze znanych dotychczas środków czerwiogubnych i przeciwgnilnych.

Kalomel można zadawać po 0,10 co godzinę aż do wystąpienia zielonych odbycin albo 0,50 naraz, późniéj zaś w dawkach małych, często powtarzanych (po 0,05—0,10). Wymioty najlepiéj uśmierzać połykaniem kawałeczków lodu, napojami zawierającemi obficie kwas węglowy, a więc wodą sodową lub jeszcze lepiej szampanem, w braku tychże innego gatunku silném winem. Bardzo skuteczną ma być także ciepła kąpiel.

Z podawania azotanu srebrowego, bizmutu, przetworów wroniego oka, garbnika i innych środków ściągających szczmiących lub odurzających nie widział autor nigdy najmniejszego skutku, dla tego ich stanowczo zaniechać radzi.

Przeciw groźnéj utracie wody, a w następstwie tego zgęszczeniu krwi i obniżeniu się napięcia naczyń, zaleca i popiera wstrzykiwanie podskórne 0,6% roztworu soli kuchennéj. W okresie ziębnienia jedynie wskazanemi są środki podniecające i ogólne mięsienie (*massage*).

W okresie tyfoidalnym zalecają lekarze indyjsko-angielscy znowu kalomel, przypisując mu działanie na wątrobę i nerki. Z moczopędnych środków najlepiéj podawać, jako najłagodniejszy, kwas cytrynowy. Przeciwwskazanym nie jest on w żadnym razie, a znakomicie ułatwia wessanie wody.

Sposób postępowania w cholerze podług powyższych wskazówek poleca autor gorąco, jako wielokrotném doświadczeniem własném i innych w kilku epidemijach wypróbowany, szczególniéj młodszym lekarzom, którzy często bardzo widzą, już *prognosim infaustissimam* tam, gdzie jeszcze cierpliwością i wytrwałością dużo zdziałać można. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1884, Nr. 29). *Dr. Musiałowicz.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Posiedzenie sekcyi rzeszowskiéj Tow. lek. gal. d. 8 maja 1884.

Przewodniczący kol. Barzycki. Obecnych członków 8.

1. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2. Kol. Janocha przedstawia następujący przypadek: Kobieta, lat 36 mająca, żona woźnego, która odbywszy 3 prawidłowe porody i 3 poronienia, prócz nieżytu oskrzeli, żadnych innych chorób nie przebywała, okazuje w gardle na języczku nowotwór wielkości orzecha włoskiego, okrągławy, gładki, nieco pagórkowaty, zbitości tłuszczaka, pokryty błoną śluzową, barwy żywo różowéj o rozszerzonych żyłkach powierzchownych. Nowotwór wisi na szypule krótkiéj, rozszerzającéj się nieco przy uczepieniu do języczka, wypełnia w znacznéj części światło gardła, z łatwością jednak palcem przesunąć można naokoło niego. Błona śluzowa najbliższego otoczenia nieco rozpulchniona i żywiéj zabarwiona. Głos wyraźny, jednak nosowy. Ogólne odżywienie i stan zdrowia dobre. Z braku mikroskopu uznano jedynie ogólnikowo nowotwór za dobrotliwy a dający się z łatwością usunąć. Z powodu jednak rzadkiéj wielkości nowotworu i dla bliższego oznaczenia jego jakości, uchwalono odesłać chorego do kliniki krakowskiéj. W dyskusyi nad tym przypadkiem zabrali głos koll. Bandrowski, Rotter i Niesiołowski.

3. Kol. Rotter opowiada przebieg operacyi i gojenia

zwichnienia kości skokowéj, z powodu niezręcznego skoku 60-letniéj kobiety z dość wysokiego wozu. Uszkodzona w 6 tygodni późniéj badana nie okazywała wyraźnych objawów złamania sąsiednich kości. Przez błędne leczenie zwichnienia przez wiejskiego partacza nastąpiło zapalenie kości skokowéj i częściowa jéj zgorzel z następowém samoistném otwarciem stawu skokowego przez ropę. Cięcie półkoliste na zewnętrznéj stronie stawu skokowego, wypukłością ku górze zwrócone otworzyło do reszty staw skokowy, poczém wyłuszczono kość skokową, założono dren, ranę spojono szwami i opatrzono ranę przeciwgnilnie. 6go dnia po operacyi gorączka ustała, rana goiła się *per primam intentionem.*

4. Kol. Janocha opisuje przypadek ropiastego zapalenia gruczołu przyprątnego skutkiem rzeżączki u 22 letniego mężczyzny. Ropa z zapalonego gruczołu podczas kateteryzowania, w znacznéj ilości odchodziła cewką, a następnie tą drogą zawsze się pokazywała przy ucisku palcem na gruczoł przyprątny przez kiszkę stolcową. Nad pytaniem czy ropień otworzył się do cewki moczowéj, czy też do pęcherza, jakotéż nad metodą dalszego postępowania zabierali głos wszyscy obecni.

5. Podanie przypadku *mania nihilistica* przez kol. Bandrowskiego odłożono do następnego posiedzenia.

Rotter, sekretarz. *Dr. J. Barzycki*, przewodniczący.

VI. III-ci Zjazd berliński poświęcony medycynie wewnętrznéj.

(Dokończenie. Patrz Nr. 30).

W dalszym ciągu posiedzenia przemawiał Rossbach ako sprawozdawca osobnéj komisyi:

O leczeniu chorób zakaźnych.

Podczas Zjazdu zeszłorocznego przedłożył R. projekt co do sposobu, w jaki postąpić należy, ażeby dla chorób zakaźnych, dla których nie są jeszcze znane leki swoiste leki takie wynaleźć. Porozumiawszy się ze znaczną liczbą lekarzy i postarawszy się ze strony fabryki chemicznéj Schuchardta o zapewnienie dostawy leków chemicznie czystych, przedkłada R. Zjazdowi projekt postępowania, które ma na celu badanie skuteczności leków w chorobach zakaźnych przez licznych badaczów równocześnie w różnych stacyjach Państwa Niemieckiego. Przedewszystkiém muszą być używane systematycznie środki, o których skuteczności przekonano się w odosobnionych przypadkach, aby tym sposobem usunąć wszelkie wątpliwości co do ich skuteczności. Środki wybrane muszą być chemicznie czystemi, łatwo rozpuszczalnemi a trudno rozkładającemi się. Komisyje podejmujące się badań mają zapewnić sobie udział pracowni chemicznych, aby módz przekonać się zawsze o czystości tych leków albo też ustalić dawki, które mają być stosowane. Każdy lekarz będzie mógł przesłać swoje obserwacyje do komisyi, jeżeli tylko będzie się trzymał ściśle przepisów w téj mierze wydanych. Badanie ma się rozciągać w klinikach i szpitalach: na dur brzuszny, gruźlicę, zapalenie płuc, różę i czerwonkę; w zakładach dla dzieci: na odrę, płonicę, błonicę, ospę, cholerę dzieci i krztusiec; w zakładach chirurgicznych i położniczych mają sprawy septyczne i połogowe stanowić przedmiot badania. Każda stacyja będzie co roku zawiadamianą, jakie środki mają być stosowane w przeciągu roku w pewnych chorobach zakaźnych. Zawiadomienia takie będą podawały równocześnie dawki leków, jak niemniéj opis dokładny ich użycia. Oprócz tego otrzyma każda stacyja arkusze z pytaniami, na które będą obowiązani odpowiedzieć lekarze, którzy się podejmą obserwacyi. Praca tego rodzaju, jakkolwiek przedstawia trudności, może do wielkich rezultatów doprowadzić a od czasu jak lekarze istniejąc podejmą oni po raz pierwszy zjednoczonemi siłami walkę przeciw najgroźniejszemu wrogowi ludzkości, t. j. przeciw chorobom zakaźnym.

Potém mówił Riegel

O przetworach kofeinowych.

Żaden środek nie działa tak znakomicie w przebiegu chorób serca jak naparstnica, pewném jest jednak, że w niektórych przypadkach nie znoszą chorzy naparstnicy, w innych zawodzi ona tak, że potrzeba środka, którymby można zastąpić naparstnicę, jest powszechnie uznaną. Kofein ma być, zdaniem R., środkiem zupełnie w tym celu przydatnym. Dopiero w czasach nowszych zwrócili autorowie francuscy uwagę na działanie kofeinu, który reguluje czynność serca. Na prace tych autorów nie zwrócono zrazu uwagi, mowca zaś przyszedł do przekonania na podstawie doświadczeń podjętych przed rokiem, że kofein jest nietylko środkiem w tych przypadkach bardzo skutecznym, ale ma nawet pewne zalety przed przetworami naparstnicy. Szeregiem tablic, zdjętych ze swoich przypadków, udowadnia autor zdanie, że kofein jest środkiem regulującym ruchy serca tak jak naparstnica, podany w odpowiedniéj dawce (1·0—1·5) wzmacnia siłę serca, zwalnia jego czynność, podnosi parcie w układzie tętniczym i szybko zwiększa wydzielanie moczu. Wskazania do podawania kofeinu są te same co dla naparstnicy a w przypadkach, w których ostatnia zawodzi, skutkuje często kofein. Nie należy równocześnie podawać leków odurzających. Kofein znoszą chorzy lepiéj aniżeli przetwory naparstnicy.

W dalszym ciągu obrad odczytano pracę Unny: O pigułkach jelitowych, które składają się z keratynu i dla tego nie rozpuszczają się w żołądku lecz dopiero w jelitach, gdzie wywierają działanie. Ta ich własność czyni je przydatnemi do pewnych doświadczeń.

Z mniejszych rozpraw odczytanych na tym Zjeździe zasługuje na wzmiankę praca Edlefsona

O działaniu chloranu potasowego.

E. przyznaje, że doświadczeń swoich nie ukończył, doszedł już jednak do spostrzeżeń tego rodzaju, że je uważa za odpowiednie do ogłoszenia. Badał on działanie chloranu potasowego na krew zewnątrz organizmu i na człowieka żywego i nabrał przekonania, że działanie to jest zgubném dla hemoglobinu, który pod wpływem środka tego zamienia się w methemoglobin. Działanie to ma miejsce jedynie na ciałka krwi ginące, ciałka zaopatrywane w tlen nie podlegają zgubnemu działaniu, ztąd wniosek, że *intra vitam* działanie środka musi być odmienne i nie jest dotąd wyjaśnione. Mało prawdopodobieństwa przemawia za zgubném działaniem chloranu potasowego dopóki przyjmowanie tlenu nie jest upośledzone, działanie takie rozwija się w przypadkach niedokładnéj dekarbonizacyi krwi i autor czuje się uprawnionym do ostrzeżenia przed podawaniem chloranu potasowego w przypadkach cieśni krtaniowéj, napadów dusznicowych i w przypadkach wad zastawkowych. *I. S.*

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Prezes Towarzystwa lekarzy galicyjskich przysłał nam następującą odezwę do wszystkich sekcyj tegoż Towarzystwa:

Wedle istniejących przepisów prawodawstwa rakuskiego lekarze wolnopraktykujący nie mogą być zmuszeni do obowiązkowego donoszenia władzom politycznym o przypadkach chorób zakaźnych w praktyce przez nich spostrzeganych.

Ponieważ atoli nauka lekarska uznaje z całą pewnością,

że powstrzymanie każdéj epidemii jest jedynie możebne przez zlokalizowanie pierwszych przypadków, przeto Sekcyja lwowska Towarzystwa lekarzy galicyjskich uchwaliła na swém posiedzeniu z d. 19 lipca b. r. przyjęcie obywatelskiego obowiązku donoszenia o pojawieniu się przypadków chorób, — przez naukę za nagminne uznanych, i to w têm przekonaniu, że interesa stanu w tym razie ustąpić winny interesom ogółu.

Powyższą uchwałę Zarząd Towarzystwa lekarzy galicyjskich ma zaszczyt przesłać wszystkim sekcyjom Towarzystwa z uprzejmém wezwaniem, wzięcia téj sprawy pod obrady i uchwalenia równobrzmiącéj rezolucyi.

Z Rady Zawiadowczéj Towarzystwa lekarzy galic.

Dr. Merunowicz, sekretarz jener. — *Dr. Biesiadecki*, prezes.

* **Cholera.** Według ostatnich wiadomości epidemija maleje ciągle we Francyi południowéj; ogranicza ona się dotąd do Tulonu, Marsylii oraz miast Aix i Arles. W ogóle zaraza dotąd nie obejmuje większego obszaru nad 20 mil kwadratowych, co uwzględniwszy wybuch jéj przed 7 tygodniami nie bardzo przemawia za jéj szybkiém rozpowszechnieniem się. Mimo to państwa i gminy nie zaniechały przygotowań na każdy przypadek; tak np. Rada m. Wiednia zakłada szpital o 300 łóżkach oraz zarządziła dezinfekcyję wszystkich domów, 2 razy na dobę uskuteczniać się mającą. Telegramy w ostatnich dwóch dniach rozniosły wiadomość o pojawieniu się cholery we Włoszech; czekamy na dalsze wiadomości. Pogłoska ta dla państwa rakuskiego ma wielkie znaczenie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 20—26 lipca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 27,4. Z ospy umarło 0 (3 z. t.); z płonicy 2 (1 z. t.); z błonicy 1 (1 z. t.); z gorączki pologowéj 0 (1 z t.); z czerwonki 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku ospy, 2 płonicy, 2 czerwonki, 3 choleryny. W tygodniu od 13—19 lipca złagodniała ospa w Londynie. Świeżo zapadło 149, umarło 21, leczyło się w szpitalach 1230. W Wiedniu, Liwerpolu i Baltimore umarło po 1, w Lizbonie 2, w Odesie 3, w Brukseli 4, w Petersburgu, Nowym Orleanie i Bombayu po 4, w Pradze 12. w Kalkucie 21, w Madrasie 24. W Genewie umiera więcéj osób z tyfusu. Z duru osutkowego umarło w Saragosie 1, w Londynie 2, w Madrycie 3, w Murcyi 4. W Paryżu, Londynie, Wiedniu, Berlinie, Pradze, Petersburgu i Odesie wymiera więcéj dzieci z biegunki. W Paryżu umarło 2 z choleryny, w Lizbonie 1. W Kalkucie umarło od 1 — 7 czerwca 37 z cholery. Od 19 do 25 lipca umarło z cholery w Tulonie 224, w Marsylii 335, w Arles 15.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 13—19 lipca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 37,1; w Warszawie 32,0; w Wiedniu 30,0; w Budapeszcie 39,6; w Pradze 34,0; w Tryjeście 24,9; w Berlinie 44,7; w Hamburgu 33,3; w Gdańsku 30,3; we Wrocławiu 58,2: w Monichowie 43,3; w Dreźnie 38,3; w Lipsku 35,7; w Kolonii 41,1; w Frankfurcie n. M. 46,1; w Genewie 36,8; w Brukseli 29,4; w Amsterdamie 30,0; w Hadze 26,9; w Paryżu 27,8; w Londynie 26,1; w Kopenhadze 24,9; w Stokholmie 20,3; w Chrystyjanii 19,3; w Petersburgu 30,7; w Odesie 44,4; w Rzymie 27,3; w Wenecyi 30,3; w Bukareszcie 26,5; w Madrycie 29,0; w Lizbonie 30,0; w Aleksandryi 38,3; w Nowym Jorku 24,8; w Filadelfii 22,6; w Bombayu 22,7; w Madrasie 33,7. *J. B.*

Śmiertelność we Lwowie (liczącym 115.544 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). W tygodniu od 20—26 lipca b. r. umarło osób 64, co odpowiada na rok i 1,000 m. 28·8. W tym czasie umarło 2 osoby z ospy, 1 z płonicy, 3 z błonicy, 1 z duru brzusznego.

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 6 sierpnia. Niezwykły gość bawił w ostatnich dniach w Krakowie. Głośnéj sławy mineralog, rektor uniwersytetu w Santiago, członek krakowskiéj Akademii Umiejętn. itd. Domejko po kilkadziesiątletniéj niebytności w Europie powrócił do kraju. Z imieniem czcigodnego gościa wiążą się wspomnienia złotéj epoki rozkwitu nauk i poezyi w Polsce, których ogniskiem było Wilno. Podczas czterdziestokilkoletniego pobytu na drugiéj półkuli Domejko nie zerwał duchowego związku z narodem, a prace jego nadsyłane Akademii Umiej. świadczą, że nietylko z tytułu był jéj członkiem czynnym. Członkowie Akademii i profesorowie Uniwersytetu, znajdujący się obecnie w Krakowie wraz z kilku obywatelami ugościli sławnego naturalistę ucztą, podczas któréj wyrazili mu tę cześć i uznanie, jakiemi szczyci się osoba jego między rodakami.

* Dyrekcyja dóbr Arcyksięcia Albrechta *(Cameral-Direktion)* w Cieszynie ogłasza do d. 20 sierpnia b. r. konkurs na posadę lekarza górniczego (*Werksarzt)* w Bindt obok Marksdorf stacyi kolei Koszycko-Bogumińskiéj na Spiżu. Pensyja stała wynosi 1000 złr. przytém mieszkanie, opał i utrzymanie jednego konia. Ubieganie się o tę ze wszech miar korzystną posadę zalecamy naszym kolegom.

* Produkta maziowe fabryki w Neuberg nad rzeką Murem (Styryja), wyrzucone do rzeki, zatruły wszystkie ryby na przestrzeni kilkomilowéj, aż po Bruck nad Murem (Czasop. Towarz. Aptekar., Nr. 15).

* **Ruch kąpielowy.** Do d. 30 lipca było gości kąpielowych w Truskawcu 806, w Szczawnicy 2270, w Giesshüblu 253, w Rożnowie 1200. Do d. 4 bm. było gości w Gainfarn 891, w Cieplicach czeskich 5,918.

* **Francyja.** Dr. Straus i Roux powrócili z Tulonu do Paryża: o wynikach ich badań cholery jeszcze nic nie wiadomo. W okolicy Toulonu i Marsylii po wsiach i miasteczkach przebywa wiele osób, które schroniły się przed cholerą; między tymi zbiegami zdarzają się często przypadki śmiertelne. Żałować wypada, że o cholerze poza obrębem Toulonu i Marsylii nie ma żadnych wiadomości, a fakt jest niezbity, że tam epidemija panuje.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga czeska.** Docent prywatny Dr. Wilhelm Biedermann mianowany został nadzw. profesorem fizyjologii w niemieckim Wydziale lek.; Czeski Wydział lekarski przedstawił profesora nadzwyczajnego chemii Dra Horbaczewskiego na profesora zwyczajnego. — **Wiedeń.** Proff. Billroth, Brücke, Langer, Meynert i Nothnagel otrzymali dyplom doktorski honorowy uniwersytetu kijowskiego. Prof. Wedl na własne życzenie przeniesiony został w stan spoczynku i w nagrodę zasług otrzymał tytuł radcy dworu.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 31: Chodounskiego: Przyczynek do leczenia gruźlicy płucnéj; Wasserzuga: Przypadek krwistoku zamacicznego. — W *Medycynie* Nr. 31: Zieleniewskiego: Treść zasad hydroterapii, z dołączeniem opisu ojczystych zakładów wodoleczniczych.

Sprostowanie. W Nrze 31 Przegl. Lek. na str. 423, szpalta 2ga, wiersz 27y od dołu: zamiast: „samowolnie“ powinno być: „soczewki“; na str. 424, szp. 1sza, wiersz 6ty z góry zamiast: „mięśniem“ powinno być: „mięśniami“.

W zastępstwie redaktora: **Dr. A. Kwaśnicki.**

L. 243.

KONKURS.

Przy c. k. Zarządzie salinarnym w Kaczyce na Bukowinie jest do obsadzenia posada lekarza salinarnego, o którą PP. doktorzy wszech nauk lekarskich i względnie PP. lekarze praktyczni (magistrzy chirurgii) kompetując, swoje podania z załączeniem odnośnych świadectw i dotyczącéj praktyki do podpisanego c. k. Zarządu salinarnego najdaléj do 1go Września rb. wnieść zechcą.

Z tą posadą są połączone ze strony c. k. Zarządu salinarnego roczne honoraryjum włącznie z ryczałtem za odwiedzanie chorych 420 złr., systemizowana sól jako deputat również i obowiązek utrzymywania domowéj apteki z prawem wydawania leków dla chorych przynależnych do saliny, za złożeniem odnośnych rachunków aptekarskich wynoszących do 80 złr. rocznie; ze strony zaś gminy Kaczyki roczny dodatek ryczałtowy 100 złr.

Obowiązki lekarza salinarnego wskażą odnośne przepisy sanitarne dotyczące co do c. k. Zarządu salinarnego i co do gminy z osobna.

C. k. Zarząd salinarny.

Kaczyka dnia 23go Lipca 1884.

L. 12722/83.

OGŁOSZENIE.

WODY MINERALNE KRYNICKIE

należące do szczaw żelazistych i ze swéj skuteczności w różnych słabościach powszechnie znane utrzymuje w Ciechocinku Gąbczyński; w Husiatynie Friedmann; w Jarosławiu Wisłocki; w Kijowie Marcińczyk, Seidl; w Krakowie Goldwasser, Hawełka, Wentzl; we Lwowie Goldbaum, E. Meudrochowitz, Mikolasch; w Przemyślu Kozłowski; w Tarnopolu Jamrogiewicz; w Tarnowie Traun; w Warszawie Heinrich, Lilpopp, Kucharzewski, Ziemieński; w Wiedniu Mattoni; w Wilnie Gruszewski.

Broszury i wyjaśnienia udziela na żądanie bezpłatnie c. k. Zarząd zdrojowy w Krynicy.

ZAKŁAD WODOLECZNICZY

Priessnitzthal w Mödling.

30 minut drogi od **Wiednia** przy kolei Południowéj.
Pyszne położenie w okolicy obfitującéj w lasy sosnowe i jodłowe.
Wytworne utrzymanie w Zakładzie.—Umiarkowane ceny.
Prospekta rozsela się na żądanie.

Lekarz naczelny

Dr. Józef Weiss
Członek Wydziału lek w Wiedniu,
Redaktor „Zeitschrift für Therapie.

Dr. ANJELA

Zakład wodoleczniczy w Zuckmantel

(na Szlązku austryjackim).

W najpyszniejszéj okolicy górskiéj tuż pod lasem położony.
Najstaranniejsza piecza o chorych i leczenie tychże.
Użycie elektroterapii, mięsienia i kąpieli igliwijowych.

Najbliższa stacyja kolei żelaznéj **Ziegenhals** jest o milę odległą.

Najlepsza woda do picia w czasie epidemij.

MATTONIEGO

GIESSHÜBLER

najobficiej alkaliczna woda mineralna

SZCZAWIOWA

napój oszeźwiający stołowy,
skuteczny bardzo na kaszel w chorobach szyi katarach żołądka i pęcherza.

Henryk Mattoni, Karlsbad i Wieden.

Aby Etykieta i wycisk korkowy były jak obocznie wskazano należy uwagę zwracać.

MATTONI'S GIESSHÜBLER

QUINA LAROCHE

Z ŻELAZEM

Zalecane młodym osobom dla osiągnięcia wzrostu i rozwoju ciała, nadaje krwi siłę i kuleczki czerwone, które stanowią jej piękność; wzmacnia żołądek, obudza apetyt, leczy osłabienie ogólne, bladaczkę, lymfatyzm, skraca czas powrotu do zdrowia, etc.

PARYŻ, 22, ULICA DROUOT

W Lwowie w aptekach PP. K. Mikolascha, Ruckera, A. Sklepińskiego, Krzyżanowskiego, Naklika.
W Krakowie w aptekach PP. Trauczyńskiego, Redyka, Wiszniewskiego.
W Warszawie w aptekach PP. D. T. Heinricha, Barcza, Wendy i Wiorogórskiego w składach mat. aptecznych PP. Spiessa i Syna, Mrozowskiego, L. Zieminskiego, Cierzputowskiego, etc.

L. 951.

KONKURS.

W celu obsadzenia posady sekundaryjusza i lekarza domowego przy izraelickim szpitalu i domu kalek we Lwowie rozpisuje się niniejszém konkurs.

Emolumenta są: Płaca roczna 300 złr., wolne mieszkanie w szpitalu, opał i światło.

Posadę rzeczoną nadaje się na przeciąg trzech lat, a petenci mają się wykazać dyplomem uzyskanego stopnia doktora wszech nauk lekarskich, względnie doktora medycyny i chirurgii i powinni być stanu wolnego.

Obowiązki z tą posadą połączone określa bliżéj statut szpitalny.

Podania winny być wniesione do kancelaryi naszéj najdaléj do dnia 1 Września rb.

Przełożeństwo Zboru izraelickiego.

Lwów dnia 1 Lipca 1884 r.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują.
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe w *Warszawie* księgarnia p. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rur.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 16 sierpnia 1884. **№ 33.** Rok XXIII.

I. Przyczynek do nauki o leczeniu ran.

Podał prof. J. Mikulicz w Krakowie.
(Dokończenie. Patrz Nr. 32).

Każdy syfilidolog doświadczył tego nieraz, jak rozmaite osobniki rozmaicie oddziałują na leki rtęciowe; kazuistyka otruć rtęcią zawiera ciężkie a nawet śmiertelne przypadki zatrucia po zażyciu zazwyczaj nieszkodliwych dawek połączeń rtęciowych, nawet kalomelu. Bardzo pouczającym pod tym względem jest przypadek Alfingera, przytoczony przez Kussmaula (*Untersuchungen über constitutionellen Uebercurialismus.* Würzburg, 1861) i Naunyna: (*Handbuch der Intoxicationen von Boehm-Naunyn und Boeck.* Leipzig, 1886), w którym siostra robotnicy zwierciadeł, nie trudniąca się zresztą nigdy żadnemi wyrobami rtęciowemi, a zamieszkująca z siostrą swoją ten sam pokój, zachorowała na zapalenie dziąseł rtęciowe (*stomatitis mercurialis*), podczas gdy siostra jéj pozostała zupełnie zdrową. Zdaje mi się, że na niebezpieczeństwo zatrucia sublimatem większa część chirurgów i położników z początku za mało zwracała uwagi, a i obecnie jeszcze nie wszędzie należycie biorą je w rachubę.

Ważny wpływ na to wywarła oczywiście ta okoliczność, że środka, który znany jest jako jedna z najgwałtowniejszych trucizn, który wewnętrznie podany sprowadza śmierć już w dawkach 0·2 do 0·4, że środka tego przy ranach można używać w ilościach znacznie większych, nie sprowadzając w znacznéj większości przypadków żadnych złych następstw. Musimy jednak i tutaj zważyć, że sublimat w zetknięciu z raną nie działa jako taki, lecz jako białkan rtęci. Wobec znacznego rozcieńczenia nie wchodzi tu więc w rachubę znane żrące działanie sublimatu. Tylko ogólne działanie rtęci, które przy wszystkich przetworach i przy każdym sposobie zastosowania jest jednakowe.

Działanie żrące może sublimat wywrzeć tylko na skórę i błonę śluzową, tutaj bywa ono zwyczajnie dobrze znoszone, czasami zaś, — a i to, o ile się zdaje, zależy od indywidualnego usposobienia, — wywołuje on słabszy lub znaczniejszy wyprysk, który albo pozostaje zmniejszonym lub téż pociąga za sobą rumień ogólny. Zrące to działanie występuje zarówno po polaniu rozczynem sublimatu, jakoteż po zastosowaniu suchego opatrunku. Kehrer (*Centralblatt f. Gyn.*, 1883, Nr. 44) wspomina o 4ch przypadkach pokrzywki (między 221 położnicami) po irygacyjach sublimatowych; Maurer (*Centralblatt f. Gyn.*, 1864, Nr. 17) o 5ciu przypadkach rumienia i jednym przypadku wyprysku i ogólnego rumienia z ciężkiemi ogólnemi przypadami; Reichel (*Berl. klin. Wochensch.*, 1864, Nr. 2) opisuje z kliniki wrocławskiéj przypadek rumienia ogólnego po suchym opatrunku sublimatowym. Zarazem kładzie Reichel nacisk na to, że w wzmiankowanéj klinice od czasu używania gazy sublimatowéj zauważano o wiele częściéj i silniejsze wypryski, niż kiedykolwiek po zastosowaniu gazy karbolowéj. W mojéj klinice zauważyłem również w opisanym niżéj śmiertelnym przypadku zatrucia sublimatowego silny wyprysk pod suchym opatrunkiem. Nadżarcie skóry ułatwia bez wątpienia wessanie sublimatu, jak to miało miejsce w przypadku Maurera i moim. Często téż nadmieniają, że lekarze i posługacze mający do czynienia z sublimatem cierpią bardzo znacznie w skutek powstawania wyprysku i rozpadlin. W każdym razie zdaje się, że w tym względzie sublimat nie ma pierwszeństwa przed karbolem i nie mamy prawa wygłaszać jako zalety braku zupełnego podrażnienia ran pod opatrunkiem sublimatowym, gdyż tak samo tutaj jak i przy karbolu zdarzają wyjątki. Tylko wyprysk pod opatrunkiem sublimatowym ma to ogromne znaczenie, że robi skórę zdolną do pochłaniania sublimatu, a zatém podnosi bardzo znacznie niebezpieczeństwo otrucia rtęcią.

Pominąwszy miejscowe zadrażnienie sublimatem i uwzględniając tylko w ogóle działanie rtęci, musimy wziąść osobno pod rozwagę zatrucie ostre i przewlekłe. Pierwsze dotyczy chorego, drugie nas samych i naszych pomocników

Na szczęście zatrucie rtęciowe należy do dobrze znanych części toksykologii. Szczególnie mnogim pracom Salkowskiego, Prévosta, Rosenbacha, Heilborna, Mehringa, Balogha zawdzięczamy tak dokładną znajomość działania rtęci na organizm zwierzęcy, że nie potrzebujemy go badać dopiero w nas samych i na naszych chorych, aby sobie utworzyć dokładny obraz zatrucia rtęciowego, jak to stale musiało mieć miejsce przy karbolu i jodoformie. Tak na podstawie doświadczeń na zwierzętach, jak i spostrzeżeń na ludziach wiemy, że następne zmiany cechują ostre ogólne działanie rtęci:

1) Zadrażnienie błony śluzowéj ust i gruczołów ślinnych, poczynając od zwykłego przekrwienia i ślinienia, aż do głębokich owrzodzeń i zgorzeli.

2) Podrażnienie jelit i żołądka, od przekrwienia i zwykłego nieżytu, aż do nadżerek krwawych, a w związku z tém wymioty i obfite często krwawe z parciem połączone biegunki.

3) Podrażnienie nerek objawiające się utrudnieniem oddawania moczu, białkomocz, cukrzyca, (przy sekcyjach często opisane przez Salkowskiego złogi solne w kanalikach moczowych).

4) Podniesiona drażliwość umysłowa, przeczulica, potém osłabienie i zapad.

5) Oddech przyspieszony, tętno szybsze lubo nie zawsze.

Doświadczenia dotychczasowe przy leczeniu ran dały niestety już dość sposobności do przekonania się o zupełnéj zgodzie powyższych objawów z zaburzeniami wywołanemi przez sublimat użyty do leczenia ran. Lżejsze objawy zatrucia tak po opatrunku sublimatowym, jakotéż po irygacyjach pochwy i macicy opisali, jak to już wspomniałem, Kümmel, Bröse, Kehrer, Schatz, Tänger i inni; występowały one jako ślinienie się, zapalenie dziąseł i biegunka, objawy te jednak w przypadkach opisanych przez powyższych autorów przeszły bez dalszych następstw. Dopiero w bieżącym roku opisano kilka ciężkich a nawet śmiertelnych przypadków zatrucia rtęcią po zastosowaniu sublimatu. Pierwszym był znany przypadek Stadfeldta (*Ctrbltt. f. Gyn.*, 1884, Nr. 7, 13 i 16), co do którego zachodziły z początku pewne wątpliwości i który z tego powodu był przyczyną kilkakrotnych sporów. Spostrzeżenie Stadtfeldta jednak nie może być obecnie wątpliwe, raz dla tego, że zgadza się ono zupełnie z przytoczonemi wyżéj klinicznemi i doświadczalnemi objawami otrucia rtęciowego, a powtóre ponieważ opisano następnie kilka zupełnie podobnych, albo przynajmniéj w istocie rzeczy zgadzających się przypadków. Do nich należą śmiercią zakończone przypadki Somera (*Centralblatt f. Gyn.*, 1884, Nr. 14), Jerzykowskiego (*Gazeta Lekarska*, 1884, Nr. 22) i Wintera (*Centralblatt f. Gyn.*, 1884, Nr. 28), jakotéż ciężkie lecz pomyślnie zakończone przypadki Bockelmana (*Centralblatt f. Gyn.*, 1884, Nr. 11), Stangera (*Centrbltt f. Gyn.*, 1884, Nr. 13), Maurera (*Centrbl. f. Gyn.*, 1884, Nr. 17), Wintera (*Cntrbl. f. Gyn.*, 1884, Nr. 28) i Usässera (*Centrbl. f. Gynäk*, 1884, Nr. 29). Niestety i ja mogę powiększyć kazuistykę śmiertelnych zatruć sublimatem o jeden przypadek, który jest tém ważniejszy, że u choréj téj zastosowany był sublimat w opatrunku suchym. Ponieważ przypadek ten nie jest jeszcze opisany podam więc historyję jego w głównych zarysach.

R. S., kobieta 56-letnia, średniego wzrostu, dość dobrze odżywiona, tylko nieco niedokrewna, wyszła za mąż przed 30 laty; miesiączka była regularna i ustała dopiero przed 8 laty, nie rodziła nigdy i nie przebywała żadnych ważniejszych chorób. Od roku zaczął się rozwijać rak włóknisty w prawym sutku i dla tego przybyła chora do kliniki. W narządach wewnętrznych nie można wykazać żadnych zboczeń. Dwunastego grudnia 1881 r. wykonano typowym sposobem amputacyję prawego sutka i wyjęto zwyrodniałe gruczoły limfatyczne w pasze, poczém ranę jak zwyczajnie drenowano i za pomocą szwu zupełnie zespojono. Przed i podczas operacyi stykał się z raną i jéj okolicą tylko 3% kwas karbolowy. Sublimat zastosowano dopiero podczas opatrunku. Opatrunek składał się z wąskiego paska gazy jodoformowéj pokrywającego ranę w całéj długości; na to nałożono zupełnie suche worki z trocin, zawierające 1% sublimatu i przymocowano je jak zwyczajnie opaską (ceratki nie dawano). Opatrunek ten pokrywał okolicę prawego sutka, pachę, boczną ścianę klatki piersiowéj i część barku. Obudziwszy się z narkozy, chora wymiotowała kilka razy, lecz do wieczora przyszła zupełnie do siebie, tętno 110, ciepłota 37·6. Noc niespokojna. Nazajutrz rano tętno 120, ciepłota 37·4. Chora skarży się na lekkie pieczenie w ranie, ponieważ jednak nie było żadnych podejrzanych objawów, ciepłota wieczorem się nie podniosła (37·6), a tętno spadło na 112 do 116 uderzeń na minutę, przeto opatrunku nie zmieniono, brak apetytu i obłożenie języka, odniesiono do przedłużonego działania chloroformu. W nocy wystąpiła biegunka, chora jest niespokojna, uskarża się na boleści w brzuchu. Nazajutrz rano zatém 3go dnia po operacyi powtórzyła się biegunka i wystąpiły wymioty. Ciepłota 37·5. Tętno 112. Ponieważ chora skarzy się na to samo pieczenie w ranie co wczoraj, przeto opatrunek zmieniono, przyczém pokazało się, że wszędzie gdzie poduszki sublimatowe przylegały szczelnie do skóry, tam przyskórek był szaro zabarwiony od skóry oddzielony lub w kształcie pęcherzy podniesiony, gdzie zaś poduszki przylegały słabiéi, tam skóra była mocno zaczerwieniona. Tylko część skóry pokryta gazą jodoformową pozostała prawidłowa, rana sklejona wygląda prawidłowo. Całą schorzałą część skóry posypano pudrem (skrobia z kwasem borowym) ranę pokryto kawałkiem gazy jodoformowéj, zresztą założono opatrunek z waty Brunsa. W ciągu dnia wzmogły się opisane wyżéj objawy ogólne, 8 rzadkich mocno cuchnących wypróżnień (*tenesmus*). Następnego dnia wystąpiły krwotoki z nosa, stolce również zawierały krew. Język suchy, dziąsła w stanie zapalnym łatwo krwawią, mocz skąpy zawiera białko. Taki stan utrzymuje się bez ważniejszych zmian przez dni następne, tylko chora coraz bardziéj słabnie, tętno częste 100—120 coraz nędzniejsze, ciepłota utrzymuje się ciągle w granicach prawidłowych.

Rana zlepiona *per primam* rozeszła się częściowo w piątym dniu. W miejscach gdzie sublimat sparzył mocniéj skórę oddzielają się grubsze lub cieńsze warstwy *corium*. Dnia 9 po operacyi chora umarła z objawami wzmagającego się zapadu. Na oględziny pośmiertne ze względów religijnych nie dozwolono. W opisanym przypadku przyczyna śmierci nie ulega żadnéj wątpliwości. Przyznaję, że przedewszystkiem znaczna zawartość sublimatu (1%) w użytych trocinach sprowadziła silne zapalenie skóry, a przeto pociągnęła za sobą wessanie śmiertelnéj ilości rtęci [1])

---

[1]) Napoiłem trociny tak mocnym roztworem sublimatu, aby po zupełném przesiąknięciu wydzieliną zawierały 1:400—500 sublimatu. Ponieważ w ówczesnych doniesieniach czytałem, że opatrunki zawierające ½% sublimatu tak mało drażnią, że wię-

Możeby przy $^1/_2$ % zawartości sublimatu nie było przyszło do tak ciężkich objawów. W każdym razie muszę przypuścić, że przy tej pierwszej i ostatniej próbie z opatrunkiem sublimatowym natrafiłem nieszczęściem na indywiduum bardzo wrażliwe na połączenia rtęciowe. Albowiem te same worki zawierające 1% sublimatu przykładano następnie w celu doświadczalnym u 6 osób w różnych miejscach ciała i pozostawiano je przez 24 godzin, a nigdzie nie wywołały one jakiegokolwiek zadrażnienia skóry. Chociaż dotychczas nie opisano jeszcze ciężkich objawów ogólnego zatrucia rtęciowego po użyciu $^1/_2$ % opatrunku sublimatowego, wywoływał on czasami tylko miejscowe zmiany jak wyprysk i rumień, to jednak można przypuścić, że u osoby szczególnie wrażliwej i taki opatrunek mógłby dać powód do ciężkich ogólnych zaburzeń. Pouczającym pod tym względem jest przypadek Maurera, w którym po zwykłej irygacyi pochwy $^1/_2$ litrem roztworu sublimatu $^1/_2$:1000, wystąpiło zapalenie pochwy, wyprysk i ogólny rumień wraz z objawami ogólnego zatrucia rtęciowego (wymioty krwawe, biegunka, zapalenie dziąseł i *delirium*), które dopiero po 10 dniach zakończyły się wyzdrowieniem. A przecież zużyto tutaj tylko $^1/_2$ grama sublimatu zewnętrznie! Stosunkowo małą ilość zużyto także w przypadku Stadfeldta. Po irygacyi jamy macicy za pomocą 300—400 gramów roztworu sublimatu $^2/_3$:1000 wystąpiły nagle ból głowy i brzucha, uczucie ściągania w gardle, osłabienie i zawrót głowy, poczém dołączyły się typowe objawy zatrucia rtęciowego zakończone po 5 dniach śmiercią.

W pozostałych znanych dotychczas przypadkach zatrucia zużyto znaczne czasem, nawet bardzo znaczne ilości sublimatu, tak np. w śmiertelnym przypadku Wintera (z kliniki Schrödera) zrobiono irygacyję jamy macicy z 4—5 litrami roztworu 1‰, w przypadku Boeckelmanna, w którym przy operacyi wypadnięcia pochwy i odbytnicy zużyto w ciągu $1^1/_2$ godziny do irygacyi 10 litrów 1‰ roztworu.

Zasługuje to na uwagę że większa część tj. 7 ciężkich przypadków zatrucia (z tych 4 z zejściem śmiertelném) wystąpiły po irygacyjach jamy macicy. Może to być wskazówką, aby użycie sublimatu w tym celu jak najbardziej ograniczyć, jeżeli rzeczywiście nie da się on zastąpić innym mniej niebezpiecznym środkiem.

Dotychczasowe spostrzeżenia wystarczają, aby nas przekonać, że niebezpieczeństwo zatrucia sublimatem jest czynnikiem, z którym w chirurgii i położnictwie musimy się bardzo rachować. W każdym razie akta tej sprawy nie są jeszcze zamknięte. Nie możemy też jeszcze odpowiedzieć czy sublimat jest niebezpieczniejszy niż karbol i jodoform może się bowiem przy dalszych doświadczeniach okaże, że sublimat grozi daleko większém niebezpieczeństwem, niż oba wspomniane środki. Zdaje mi się, że zwłaszcza wspomniane już indywidualne usposobienie do zatrucia rtęcią musi być bardzo ważnym, bo nie dającym się obrachować czynnikiem, ciążącym na niekorzyść sublimatu [1]).

ksza część chirurgów podziwiała właśnie brak wszelkiego zadrażnienia rany i skóry, nie mogłem więc a priori przypuścić aby podwójna ilość sublimatu wywołała działanie tak silne.

[1]) Byłoby to zadaniem bardzo wdzięczném, gdyby redakcyja pisma „Centralblatt für Chirurgie, albo redakcyja „Centralblatt für Gynäkologie“ podjęła się zebrania wszystkich dotychczas obserwowanych przypadków zatrucia, jak to w swoim czasie zrobił, König z jodoformem, nie dlatego aby przez to potępić sublimat, jak tego sobie życzono co do jodoformu, lecz aby środek

Zresztą musimy też zwrócić naszą uwagę na niebezpieczeństwo przewlekłego zatrucia, grożące lekarzom i służącym. O ile się zdaje nie ulega to żadnej wątpliwości, że przy manipulowaniu roztworami sublimatu może być rtęć wessana. Kolega mój prof. Obaliński, który od roku posługuje się sublimatem mógł w moczu swym wykazać rtęć. Przed $2^1/_2$ laty skreślił Czerny (*Beiträge zur Jodoformvergiftung nebst Bemerkungen über Carbolmarasmus f. Wiener med. Wochenschr.* 1882 Nr. 6 i 7) nieco w czarnych kolorach obraz charłactwa karbołowego, jaki pojawia się u bardzo zatrudnionych chirurgów opatrujących karbolem, i dodał tę nie bardzo pocieszającą uwagę: „zupełną historyję chemicznego zatrucia karbolem będzie można dopiero wtedy napisać, gdy na chirurgach posługujących się obecnie karbolem wykonane zostaną oględziny pośmiertne, lub przynajmniej gdy staną się już inwalidami. To samo mógłbym powiedzieć o charłactwie rtęciowém, na jakie naraża się generacyje chirurgów używających sublimatu. Przynajmniej nie jest jeszcze na czasie pominąć to niebezpieczeństwo uśmiechem, boć to jeszcze nie dawno, jak chirurdzy i ginekologowie mają do czynienia z tak znacznemi ilościami sublimatu. Historyja przewlocznego zatrucia rtęcią poucza, że ciężkie objawy występują dopiero po długoletniém działaniu rtęci. — Przez długi czas objawia się szkodliwe działanie jéj jako nieżyt żołądka i jelit, drażliwości psychiczne, aż w końcu rozwija się cechujący obraz rtęcicy w osłabieniu mięśni, braku łaknienia, niedokrewności, drżączce itd. Chociaż doświadczenia Liégevis, Bennetha, Reyesa i Schlesingera udowodniły, że ustrój zwierzęcy znosi małe dawki rtęci przez kilkanaście miesięcy bez szkody i chociaż podają, że zjadacze opijum na Wschodzie obok makowca spożywają regularnie znaczne ilości sublimatu, to przecież nie można i tu zapominać o usposobieniu indywidualném. Wielu chirurgów może bezkarnie posługiwać się sublimatem, inny atoli przypłaci to zdrowiem. Nadto trzeba zważyć, że przy rtęcicy wywołane zboczenia pozostają czasami nieuleczalne, choć szkodliwość przestanie dalej działać.

Gdybyśmy po powyższych uwagach mieli wypowiedzieć ogólny sąd o wartości sublimatu i możliwości używania go do leczenia ran, tobyśmy orzekli jak następuje: Dla profilaktycznej części antyseptyki tj. dla oczyszczenia rąk, pola operacyjnego (względnie części zewnętrznych) przed operacyją, jakotéż rzeczy potrzebnych do operacyi, z wyjątkiem narzędzi metalowych, sublimat jest bez wątpienia pewniejszy niżeli kwas karbolowy i inne środki. Ponieważ o ile się zdaje, niebezpieczeństwo zatrucia nie ma tu żadnego znaczenia, zatém w tych celach powinien sublimat zastąpić zupełnie karbol. Skoro tylko mamy do czynienia z krwią lub wydzieliną, zatém od początku operacyi, znaczenie sublimatu jest wątpliwe i pytanie czy przy właściwej antyseptyce przyrannéj działa on lepiej niż używane zwyczajnie roztwory karbolu, a obok tego przy użyciu znaczniejszych ilości roztworu sublimatu wchodzi w rachubę niebezpieczeństwo zatrucia chorego i lekarza. Ponieważ do desinfekcyi narzędzi podczas operacyi może być użyty karbol, przeto odpowiedniem jest już dla samego uproszczenia używać karbolu podczas operacyi i w ogóle na rany. Co się tyczy opatrunku sublimat nie oddaje lepszych usług niż wiele innych środków. Ponieważ pod nim powstają także wypryski, a w związku z niemi nastaje niebezpieczeństwo

mający pewne znakomite zalety poznać także ze strony ujemnéj, gdyż tylko znając szkodliwe działanie pewnego leku można także jego dodatnie przymioty wyzyskać z całą pewnością.

zatrucia, przeto nie mamy powodu przekładania opatrunku sublimatowego nad inne. Zaleta taniości w porównaniu z opatrunkiem jodoformowym nie jest ważna, a również nie jest wcale udowodnione, że sublimat zawarty w opatrunku nie ulatnia się.

II. Pogląd na sposoby operowania przerosłego migdałka połykowego.

(*Vegetationes adenoid. tonsillae pharyngeae*)

Skreślił Dr. Klemens Koehler z Kościana.

(Dokończenie. Patrz Nr. 32).

Stoerck (*Klinik der Kehlkopfkrankheiten* I, 118) podaje w swém dziele dwa tylko przypadki przez siebie operowane, jeden przez wypalanie azotanem srebra, drugi usunął pętlą zimną stalową, w obu przypadkach działanie zwierciadłem kontrolował, dodaje jednak, że kleszcze jego choanowe naprężające się dobrze użyćby się dały. Zdaje się, że myśl przez Stoerka rzucona szybko wykonawców znalazła, bo prawie równocześnie kilku kleszcze do rękoczynu przez nas omawianego podało. Nad niektóremi znów bliżéj krytycznie zastanowić nam się potrzeba. Mejer czując, że jego nożyk obrączkowy nie jest praktycznym, obmyślił kleszcze urządzone na podobieństwo narzędzia do zaprowadzania pętli. Ramiona końcowe, któremi narośle odszczypywać się mają, urządził jednakże bardzo wąskiemi, przez co tylko maleńkie niszczył kawałki a operowanie wymagało za wiele czasu. Porzucił szybko nowe narzędzie, i do swego dawnego, już mu bardzo dogodnego, powrócił. Również wąskie ramiona i płasko na siebie się składające i opatrzone oknami, przedstawia narzędzie Kathiego. Płaskie ale już szersze końce ramion widzimy u narzędzia Simrocka a Browne, aby jakąś zmianę zaprowadzić, rozszerza końce ramion, ale nadaje narzędziu całemu kształt do wprowadzania przez nos. Błędną u wszystkich tych narzędzi jest wąskość odszczypujących końców i przyleganie zupełne po zamknięciu na sobie ramion, tak że tylko małe cząstki, zupełnie je miażdżąc, usuwać można. Jakkolwiek przy użyciu konieczném zwierciadełka nosowego widzieć możemy, że część narośli pochwyciliśmy, tracimy przytém kontrolę ilości odjętego kawałka, któréj znajomość zawsze jest pożądaną. W tym kierunku poprawił te narzędzia Löwenberg (*Les tumeurs adénoides du Pharynx. nasal.* Paryż; 1879) z Paryża. Jego instrument wygięty w kształcie litery S, zamek blisko końca górnego kleszczy, czyni narzędzie mocniejszém a zamykanie szczelne lżejszém. Końce ramion tnących są lekko zaokrąglone, składają się na siebie jak dwa zęby, wnętrze końców jest wyżłobione. Jakkolwiek całe to narzędzie w ogóle jest dobrém i przedewszystkiém można nim dogodnie przy użyciu zwierciadła operować, ma jeszcze błędy, których nie ma w narzędziu Michaela z Hamburga. Ramiona tnące narzędzia Loewenberga przedstawiają następujące niedogodności: zgięcie górne za małe nie dozwala dogodnie dojść do wszystkich ścian części nosowéj połyku, trzeba często szczękę dolną chorego do możebnego ostatecznego oddalenia od górnéj doprowadzać; końce same za mało zewnątrz są zaokrąglone, tak że można łatwo i zdrową błonę śluzową uchwycić, po zamknięciu tylko same ostre brzegi się dotykają a ramiona daleko od siebie odstają, ztąd kawałki uszczknięte spadać mogą. Niedokładności te i niepraktyczne strony kleszczy Loewenberga, usunął już w dubeltowém dłucie (*Doppelmeissel*) Michael (*Doppelmeissel zur Behandlung adenoid. Vegetat. im Nasenrachenraume. Illustr. Vierteljahrschr. d. ärztlichen Polytechnik*, 4, 1881), jak sam swe narzędzie nazywa. Mocno zbudowane kleszcze całe mają 18cm. długości, zaleca się jednakże mieć i drugie we wszech rozmiarach mniejsze dla dzieci, których wysokość połyku części nosowéj jest niższą. Oś ramion znajduje się bliżéj końca górnego, co większą siłę nadaje. Ramiona górne bezpośrednio poza częścią osiową mają kształt pół elipsy, końce same idą wprost z lekkiém zagięciem ku przodowi. Konstrukcyja ta dozwala instrument wprowadzić do jamy połykowéj bez naruszenia podniebienia miękkiego i sprawia zarazem, że końcem kleszczy wszystkich punktów ścian przestrzeni połyko nosowéj dotknąć możemy. Końce ramion są w bocznych ścianach na zewnątrz wypukłe, a po zamknięciu płaszczyzna u góry jest dobrze zaokrągloną. Wewnętrzna zaś strona jest na 1cm. wysokości wyżłobiona a tak przedstawiają oba końce łyżeczki o brzegach ostrych. Aby języczek od wszelkich obrażeń zasłonić, poniżéj łyżeczek ramiona rozchodzą się na podobieństwo kleszczy położniczych, a w tym roztworze języczek swobodnie bujać może.

Działać możemy tém narzędziem w trojaki sposób, zamykając kleszcze mocno ucinamy pojedyncze kawałki nowotworu, nie zamykając zaś szczelnie urywać je możemy. Twarde zaś kawałki ściskamy mocno przy nasadzie i miażdżymy naczynia, pozbawiając te części ożywczéj krwi, za czém uschnąć a nazajutrz same odpaść muszą.

Jednéj zmiany tylko ku większéj dogodności narzędziu temu potrzeba, t. j. wygięcia ku dołowi ramion do trzymania, które u kleszczy Michaela są proste. Zbliżenie formy narzędzia do kształtu litery S przyczynia się do odsłonięcia jamy ustnéj, do łatwiejszego wpuszczenia światła i koniecznego oświetlenia zwierciadełka, bez którego użycia i przy tych kleszczach, mimo że budowa ich wszelkie obrażenia czyni niepodobnemi, o ile możności, nigdy operować się nie powinno.

Przysposobiwszy chorego do dobrego trzymania ust otworem i spokojnego oddechania, wprowadzamy instrument bokiem aż do podniebienia, ponad wpierw wprowadzoném zwierciadełkiem, przyczém najlepiéj nadają się tu zwierciadełka Voltoliniego, którémi już języka stłaczać nie potrzeba. Za podniebieniem zwracamy narzędzie zamknięte ku górze tu je otwieramy pod wodzą oka, chwytamy kawałek, ściskamy i zaraz wyjmujemy. W ten sposób w jedném posiedzeniu do 10 kawałków wyjąć można. Krwawienie jest bardzo małe, które jeśli zawadza, kilkorazowém wypłukaniem uśmierzamy i prawie bez przerwy daléj operujemy. Po skończeniu posiedzenia chory przepłukuje gardło, a przepłukiwania przez nos Webera, ani też zatamowania nigdy nie byliśmy zniewoleni robić. Ból jest tak mierny, że przy powtarzaniu operacyi, chorzy nigdy nam niechęci nie okazywali. Tym sposobem widzieliśmy często operującego prof. Jurasza, a i sam kilkakrotnie o dogodności téj metody, wykonywając ten rękoczyn, przekonałem się, to też ją najmocniéj polecić mogę. Przyżeganie następne jest zupełnie niepotrzebném, bo pod wodzą zwierciadełka doszczętnie wszelkie wybujałości usunąć zawsze mogłem.

Pytanie, czy chorego trzeba zachloroformować, często już było przyczyną sporu, doświadczenie nas pouczyło, że jest zupełnie zbytecznem, a nawet niestosownem. Przyjmując wprowadzenie zwierciadełka jako warunek, od którego tylko niechętnie odstępujemy, utrudnilibyśmy sobie rękoczyn,

przy którym i jakiejś pomocy ze strony chorego potrzebujemy.

Pozostaje nam jeszcze kilka słów dołączyć o wypaleniu tych narośli za pomocą prądu galwanicznego, metody bardzo przez Voltoliniego zalecanej. Voltolini używa pętli albo przyżegacza. Sposób ten bez kwestyi jest dobrym, ale o wiele boleśniejszym od naszéj metody, u niespokojnych chorych trudném często do wykonania. Michael spostrzegał, że po niebaczném przypaleniu otworów trąbki, w uchu utrzymywał się odgłos prztykania, jakoby się paznogieć o drugi ocierał, to nie przemawia przeciw galwanokaustyce, ale za tém, żeby bez zwierciadła, jeśli można, nigdy nie operować. Dobrém zaś już z tego punktu nazwać można przyżeganie galwanokaustyczne, bo dozwala i nie uniemożebnia przez większe krwawienia wprowadzenia zwierciadełka a tém samém kontrolę oka.

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Bagiński: **Rozrost nieprawidłowy przybłonka w jelitach dzieci.**

Na posiedzeniu 30 czerwca rb. w berlińskiém Towarzystwie medycyny wewnętrznéj miał Dr. Baginski odczyt o niezwykłym rozroście przybłonka, wydarzającym się w niektórych chorobach jelit u dzieci. Prelegent przytacza przypadek 7-miesięcznego dziecka, które cierpiało na nieżyt jelit i żołądka, i wśród tego cierpienia umarło na odrę. Przy badaniu pośmiertném znalazł B. w jelicie grubém szczególniejsze zmiany: błona śluzowa była obrzękłą i wyścieloną obficie grubą ziarnistą warstwą, owrzodzeń nie było. Badanie drobnowidowe dało wyniki pouczające: obok zmian w torebkach odosobnionych, spostrzegał prelegent gruntowne zboczenia w gruczołach Lieberkühna. Już w górnym odcinku jelita cienkiego a szczególnie poniżéj jego gruczoły te przedstawiały szczególne wejrzenie: były one lejkowato rozszerzone, z bocznemi zagłębieniami, czasem rozgałęzione, tak, że zamiast spostrzegać na przecięciu regularne, równoległe i prostopadłe rurki, widziało się je grajcarkowato pogięte i siatkowato krzyżujące się. Przybłonek torebek w części niezmieniony, w innych miejscach przedstawiał się jako masa spływająca i przeźroczysta. Czém więcéj zbliżano się do jelita grubego, tém pewniéj utwierdzano się w przekonaniu, że nie miało się do czynienia ze zmianami powierzchownemi gruczołów, lecz z rodzajem bujania tych gruczołów w utkaniu podśluzowém, gdzie się one rozgałęziały w rozmaitych kierunkach. Rzecz jasna, że w takim stanie wszelkie wsysanie ustać musiało.

Już Friedlander badał tego rodzaju rozrost nieprawidłowy, i szukał jego związku z nowotworem rakowym. Fraenkel pisał o wyroślach torbielowatych, które raz spostrzegał w jelicie grubém 4-letniego dziecka, i przedstawił je jako utkanie ziarniste wychodzące z błony śluzowéj i napełnione masą koloidową. Fraenkel przytacza Ortha, który widział podobny stan rzeczy w czerwonce przewlekłéj i mniema, że powstał on w skutek obrzękowego zacieśnienia się otworów gruczołowych i następowego zatrzymywania się wydzieliny gruczołowéj, która gromadząc się wywołuje rozszerzerzenie torbielowate. Bagiński twierdzi, że w jego przypadku nie rozchodzi się wcale o zatrzymanie gruczołowéj wydzieliny z następowém rozszerzeniem przewodu gruczołowego, lecz że był to prawdziwy rozrost (*proliferatio*); o téj zmianie gruczołów nauka do téj pory prawie nic nie powiedziała; B. sądzi jednak, że nie jest to sprawa małoznacząca, gdyż późniejsze badania wykazały, że w postaciach nieżytów lżejszych już znajduje się wspomniany rozrost. Należy więc wziąść w rachubę wyżéj opisane zmiany anatomiczne w gruczołach Lieberkühna jako cechę nieżytów chronicznych jelit; wprawdzie czynnościowe zadanie tych gruczołów nie jest nam znane, lecz autor czuje się upoważnionym do utrzymywania, że nie są to organa tylko śluzodajne i owszem ma on przekonanie, że gruczoły Lieberkühna odgrywają znaczną rolę w akcie trawienia, a opiera to mniemanie na tém, że znajdował na wewnętrznéj powierzchni dwunastnicy zaczyn trawiący (*Labferment*). (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance.* Sierpień 1884).

Dr. A. Kwaśnicki.

Voltolini: **O prątkach gruźliczych w uchu.**

Prątki gruźlicze w uchu znalazł pierwszy Dr. Esche *Deutsche med. Wochenschr.* Nr. 30, 1883). Voltolini już od dawna zwracał uwagę na częste powikłanie gruźlicy płuc z ropotokiem usznym i przed paru miesiącami ogłosił pobieżną wiadomość w tym samym przedmiocie (zob. Przegl. Lek. Nr. 9 z rb.).

Nie każdy wprawdzie ropotok uszny u osób gruźliczych polega na zapaleniu gruźliczém; lecz jeżeli w wydzielinie ucha badanie wykaże prątki gruźlicze, to wtedy według V. nieznaczne wcale objawy ze strony narządu oddechowego można na pewno odnosić do sprawy gruźliczéj. Znaczenie tego środka rozpoznawczego jest największe w tych przypadkach, w których znajdują się w płucach tylko odosobnione gruzełki, a także u dzieci, u których nie możemy badać plwocin, bo je połykają. W tym ostatnim razie obok ropotoku usznego mogłoby także badanie stolców doprowadzić do pewnego wyniku.

Autor przytacza dwa typowe przypadki zapalenia gruźliczego ucha, istniejącego obok gruźlicy w narządzie oddechowym. Jeden z tych przypadków jest o tyle ciekawy, że u dziecka $4\frac{1}{2}$ letniego, przedtém zupełnie zdrowego, wystąpił po przebyciu odry ropotok z obu uszu obok kaszlu, niedokrewności i wychudnienia, coraz więcéj się wzmagających. Badanie wydzieliny usznéj na prątki dawało wynik dodatni, a śmierć nastąpiła w pół roku po przebyciu odry. Badanie pośmiertne wykazało rozległe zniszczenie jamy bębenkowéj wypełnionéj ropą, w któréj równie jak i w zawartości wyrostka sutkowego znajdowały się bardzo liczne prątki gruźlicze. Natomiast tak w tym przypadku jak i w innych ślimak nie okazywał żadnych wybitniejszych zmian oprócz ciemniejszego tu i owdzie zabarwienia. Ważną także rzeczą jest, że trąbka Eustachego w wielu przypadkach przez V. badanych, była zupełnie prawidłową, co już samo przez się dowodzi, że sprawa gruźlicza w tych przypadkach tylko drogą naczyń krwionośnych szerzyć się mogła, z tego wynika, że zdanie, które Lebert wyraził w X tomie archiwu Virchowa, że częściéj się przyjmuje gruźlicę kości skalistéj aniżeli się taż w istocie zdarza, nie ma podstawy i owszem z teraźniejszego stanowiska wiedzy, można raczéj przypuścić, że gruźlica w téj kości zdarza się częściéj aniżeli dotychczas sądzono. (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 31, 1884). *Dr. Otto.*

Dr. Reinhard: **Przypadek peryjodycznych zmian barwy włosów.**

Szczególny ten przypadek dotyczy 13-letniéj idyjotki. W stanie téj choréj peryjodycznie spostrzegano dwa sprzeczne okresy: podniecenia i pognębienia; pierwszy wyrażał się ruchliwością, żarłocznością, mruczeniem, bezsennością,

czerwonością lic, tętnem pełném, podniesioną ciepłotą i zwiększoném wydzielaniem gruczołów skórnych. Po tygodniu trwania tego podniecenia, nasępował stan pognębienia, cechujący się sennością, bladością, apatyją ruchów, mniejszém wydzielaniem skóry, skórą chłodną, miejscami sinawą; w okresie tym chora stawała się małoruchliwą i o wiele mniéj jadła. Stósownie do tych dwóch stanów zmieniała się barwa włosów; kiedy podczas okresu pognębienia barwa ta była blado-żołta, z wystąpieniem objawów podniecenia przybierała ona odcień złocistorudy. Badanie drobnowidowe wykonane w rozmaitych okresach wykazało, że podczas ich wyjaśniania się, barwik stawał się bledszym, a w włosie gromadziła się stosunkowo znaczna ilość powietrza; czy stan ten zależy od zmian chemicznych, czy też fizycznych warunków łamliwości promieni świetlnych, przechodzących przez włos zawierający powietrze, autor nie podejmuje się dania odpowiedzi stanowczéj, chociaż skłonny jest przyjąć to drugie tłumaczenie. Co do powietrza, to znajduje się ono między pokładami i komórkami wszystkich warstw włosa. Włosy w okresie wyjaśnienia były suche i szorstkie.

Zestawiwszy przytoczony przypadek z dawniéj już opisanemi, które chociaż nieperyjodycznie występowały po silnych wzruszeniach moralnych i które również były tłumaczone nagromadzeniem powietrza w utkaniu włosa, w skutek zaburzeń w nerwach troficznych, autor wypowiada następujące przypuszczenie: w stanie podniecenia, kiedy znaczny napływ tkwi w skórze zwiększa jéj wydzielniczą energiję, odżywienie włosów znajduje się w pomyślnych warunkach; stają się one tłuste przez co powstrzymuje się nagromadzenie w włosach powietrza z zewnątrz; w stanie pognębienia upada odżywienie skóry, a z niém i odżywienie włosów, które stają się szorstkie, suche i ułatwiają wstąpienie powietrza między powłoczkę *(cuticula)* i komórki warstwy korowéj; co się zaś tyczy nagromadzenia powietrza w rdzeniu włosa, to autor dopatruje tu związek z powolnością krążenia krwi i zastoinami, umożebniającemi dyfuzyję gazów ze krwi w tkaninę włosa.

Ostateczne wnioski autora są następujące:

1) Zaburzenia troficzne w zakresie nerwów czaszkowych często pozostają w związku z chorobowymi stanami mózgu.

2) Te zaburzenia troficzne mogą zająć i włosy.

3) Zaburzenia w odżywianiu mogą być peryjodyczne, jak wiele innych cierpień nerwowych.

4) Zmiany odżywcze we włosach objawiają się ich zblednięciem.

5) Wyjaśnienie barwy włosów zależy od nagromadzenia w nich powietrza, i może być zjawiskiem przemijającém. (*Virchow's Arch.* B. XCV, 3 zeszyt). *Dr. Kwaśnicki*

Wiadomosci pomniejsze.

Gualdi: **Jodek potasu w zapaleniu płuc.** Zgadzając się ze Schwarzem, że chorobę tę należy uważać nie „za chorobę miejscową z ogólnemi objawami“ lecz za „chorobę ogólną z miejscowemi objawami“ G. (z Rzymu) podaje jodek potasu w 40-centygramowych dawkach co dwie godziny, stosując równocześnie worki lodowe w miejscu zajęcia zapalnego płuc. W 39 przypadkach, które w ten sposób leczył, miał świetne wyniki. We wszystkich bez wyjątku spostrzegał, iż plwociny, które były lepkie i ciągnące się, stały się już w drugim dniu płynnemi, podobnemi do krwawo surowiczych, że z ustaniem gorączki ustało też i osłabienie, chociaż fizyczny stan płuc nietylko że się nie poprawił, ale nawet w niektórych przypadkach pogorszył, a nakoniec że u wszystkich powracających do zdrowia apetyt tak się wzmagał, iż wypadało zwykłą dyjetę znacznie powiększyć. Śmiertelność wynosiła 6%, jeden z dwóch przypadków, które się śmiercią zakończyły, nie może być brany w rachubę, z powodu że chory dotknięty zapaleniem płuc w szczycie, cierpiąc gwałtowne deliryja, zażył tylko 2 gramy jodku potasu. Zdaniem G. zasługuje na uwagę, że gorączka i osłabienie ustają chociaż fizyczny stan płuc pozostał niezmienionym co potwierdza zapatrywanie Schwartza, iż gorączka jest niezawisłą od zmian miejscowych, jak również i zdanie Jürgensena, że przyczyną osłabienia nie są zmiany w płucach lecz gorączka. G. na zasadzie swych doświadczeń sądzi, iż leczenie jodkiem lepiéj się udaje u osób młodych obojéj płci niż u dorosłych; że jodek winien być podawanym w początku choroby, aby nastał bezpośredni i zupełny skutek; że jodek wpływa pomyślnie na gorączkę i osłabienie ale nie na miejscowe cierpienie, które w czasie leczenia może się nawet rozszerzyć; że jod i potas połączone rozdzielają się w ustroju, tak że uwydatniają się przymioty każdemu z nich właściwe; a nakoniec że działanie lodu ma podrzędne znaczenie tém bardziéj, że wpływa ten ostatni na skutki a nie na przyczynę choroby. Jest on pożytecznym w okresie przekrwienia, szkodliwym zaś, gdy treść pęcherzyków płucnych już się ustaliła i płuco stwardniało. (*The Lancet*, 1884, II, Nr. I). *Dr. Grabowski.*

W Nrze 23 *Berl. klin. Wochensch.* z roku b. ogłasza Wildermuth spostrzeżenia swoje nad **działaniem kwasu osmowego w padaczce.** Eulenburg polecił ten środek przeciw bólom nerwowym, autor stosował go od dwóch lat w zakładzie, w którym rocznie przebywa około 160 chorych na padaczkę. Zrazu stosował W. bezwodnik kwasu osmowego, późniéj podawał osmian potasowy w pigułkach zawierających 0.001 kw. osm., a największa dawka wynosiła na dzień 0.015 środka. Z początku podawał środek ten równocześnie z KBr., późniéj bez KBr. i spostrzegł, że napady występowały rzadziéj aniżeli bez wszelkiego leku, nie ustawały jednak wcale, tak samo jak po samym KBr. W jednym zastarzałym przypadku doprowadził po dwuletniém leczeniu do tego, że gdy pierwotnie bywało przeszło 120 napadów na miesiąc, obecnie występują one w postaci bardzo łagodnéj tylko po ustaniu zażywania kwasu osmowego. W kilku przypadkach nie spostrzegł W. żadnego skutku, w licznych zaś polepszenie było widoczne. Na podstawie swoich doświadczeń nie wysnuwa autor stanowczych wniosków, lecz zachęca do podjęcia badań na większe rozmiary. *S.*

IV. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu.

Sprawozdanie Dra Kwaśnickiego.

VII.

D. 4 czerwca o godz. 3 popołudniu zagaił Dr. Wicherkiewicz posiedzenie, proponując na przewodniczącego prezesa Akademii Dra Majera, na wiceprezesów prof. Szokalskiego, Doc. Chodounskiego, prof. Stefala, prof. Blumenstoka, prof. Obalińskiego, prof. Rostafińskiego, Dra Wiszniewskiego i Doc. Jaworskiego, na sekretarzy: Dra Benniego i Dra Czardę. Propozycyję tę Komitetu gospodarczego przyjęto przez aklamacyję. Po przemówieniu okolicznościowém przewodniczącego i wiceprezesów prof. Szokalskiego i Doc. Chodounskiego,

uchwalono ażeby wszelkie wnioski dotyczące przyszłego Zjazdu zostały załatwione przez Wydział gospodarczy Zjazdu IV, który w najbliższym czasie odbędzie w tym celu posiedzenie.

Z porządku dziennego nastąpił odczyt prof. Szokalskiego: O Jędrzeju Śniadeckim, a mianowicie o wpływie teoryi jestestw organicznych na ogólny rozwój bijologii społecznej. Prelegent podał daty co do miejsca i czasu urodzenia obu braci Śniadeckich, jak również niektóre szczegóły odnoszące się do ich rodziny i szkolnego wychowania. Pomijamy szczegóły odnoszące się do Jana Śniadeckiego, ponieważ prelegent obrał za przedmiot odczytu młodszego brata jego, Jędrzeja.

Jędrzéj Śniadecki urodził się 1768 r., pierwsze nauki pobierał w Trzemesznie, a po śmierci ojca zabrał go Jan do Krakowa, i umieścił w gimnazyjum Nowodworskiém; niezwykłą zdolnością młodzieniec zwrócił uwagę swoich przełożonych, a gdy przy egzaminie dojrzałości wypadało uczcić mową łacińską obecnego króla, do tego stopnia ujął monarchę, iż ten oddając mu medal złoty, wręczył mu zarazem wielki order św. Stanisława, rozkazując ażeby go na szyi rektora Moraczewskiego zawiesił, mówiąc, że najwłaściwszym wręczycielem nagród dla nauczyciela jest jego uczeń. Jędrzéj poświęcił się w Akademii naukom matematyczno-fizycznym, z zamiarem oddania się następnie inżynijeryi wojskowéj. Losy jednakże inaczéj zrządziły. Po ukończeniu nauk w Krakowie udał się Jędrzéj do Pawii z listami polecającemi do Wolty, a byłato chwila nadzwyczajna w świecie naukowym włoskim, gdyż z powodu powszechnie znanej obserwacyi Galvaniego nad żabą powstała bardzo ożywiona polemika; nie widać w pracach Śniadeckiego śladu jego osobistego zajęcia się tą sprawą; natomiast do głębi zajęła go teoryja lekarska szkockiego reformatora Browna, który uważał pobudliwość za główną sprężynę życia, a życie samo za sprawę wymuszoną przez wpływ zewnętrznych bodźców; jeśli pobudliwość i bodziec były w stosunku należytym, taki stan znamionował zdrowie. Śniadecki był rzecznikiem Brownianizmu we Włoszech, wywarł wpływ na Marcattiego i Piotra Franka, a wreszcie udał się do Edymburga, gdzie Brown królował. Pomimo nadzwyczajnego pociągu, jaki na ówczesne umysły wywierała teoryja Browna, Jędrzéj Śniadecki nie uległ czarodziejstwu; dostrzegł słabych stron doktryny, zraziło go mędrkowanie tam, gdzie należało śledzić i doświadczać, a że wówczas już starannie zajmował się chemiją, płakał nad Lavoisierem, którego głowa pod gilotyną padła, wzdychał więc do podróży do Francyi, gdzie chemija pod Tournifortem kwitnęła. Nic więc dziwnego, że swe pojęcia o życiu oparł na danych chemicznych, i w samém gnieździe Brownianizmu pierwsze jéj elementa po łacinie skreślił, które jednakże nie ujrzały światła dziennego. Wkrótce też potém Jędrzéj powołanym został na profesora chemii do wszechnicy wileńskiéj, i tak jak jego brat matematykę, tak on pierwszy chemiję zaczął wykładać po polsku. Mistrzowskie pokonanie trudności językowych do dziś nas zadziwia. Teraz przyszła kolej na ogłoszenie teoryi jestestw organicznych, która w r. 1804 wyszła (część pierwsza) po polsku, i to językiem, jakiego nikt przed nim, a może i po nim, nie używał w nauce. Na nieszczęście książka zimno została przyjętą, nie pojęto jéj znaczenia; ale to nie zraziło Jędrzeja, gdyż w 7 lat późniéj ogłosił tom II, a w r. 1837 wydał nową edycyję. Wtedy to dopiero zmieniły się rzeczy. Teoryja jestestw organicznych zdziwiła publiczność, ale nie naszą, która o niéj mówiła wiele, lecz jéj wcale nie czytała. I dopiero pierwsze tłumaczenie niemieckie w Królewcu (r. 1810), a drugie w Norymberdze, oraz tłumaczenie francuskie (r. 1825) zyskało jéj bardzo pochlebne przyjęcie u zagranicznych uczonych.

W dalszym ciągu prelegent opowiadał o swoim osobistym stosunku do dzieła Śniadeckiego. Teoryja jestestw organicznych wpadła mu po raz pierwszy w ręce, kiedy był na III kursie medycyny w Warszawie, i podziałała na umysł tak silnie, że kiedy w r. 1830 trzeba było wyruszyć do obozu, wziął on ją do żołnierskiego tłumoka, czytywał przy ogniskach biwakowych, następnie zabrał za granicę i przez lat 30 służyła mu ona za nieodstępnego mentora. Pomimo nadzwyczajnych zmian, jakim uległy pojęcia bijologiczne, teoryja jestestw organicznych nie tylko nie zachwiała się, ale co szczególnego, że w nowém jakiémś ożywczém co chwila występowała świetle. Wszystko nowe gromadziło się w niéj harmonijnie, uzupełniało ją, a jeśli dziś nie stoi taką, jaką wyszła z pod pióra swego twórcy, to różnica jest taka, jak między młodą dziewicą a dojrzałą matroną. Prof. Szokalski był roznosicielem pojęć Śniadeckiego w Niemczech i Francyi, i z przyjemnością spostrzegał, jak wsiąkały w umysły. Teoryja jestestw organicznych odbija się żywcem w chemii organicznéj Liebiga; jak również wcielił ją do swego dzieła sławny fizyjolog J. Müller; w Towarzystwie paryskiém lekarzy niemieckich, które i prelegent założył, jak również w licznych Towarzystwach francuskich, miewał Dr. Szokalski wykłady o teoryi jestestw organicznych, toby może usprawiedliwiło uderzające podobieństwo pojęć Kl. Bernarda z pojęciami Jędrzeja Śniadeckiego.

Śniadecki przyjmuje w każdéj istocie żyjącéj czynnik osobisty, który władzą indywidualną nazywa, chociaż niekiedy nazwą siły żywotnéj oznaczył. Wybaczyć mu to musimy, bo nie znał naszych dzisiejszych poglądów na naturę siły i na jéj stosunek bezpośredni do ruchów. My dzisiaj nazywamy siłą to tylko, co ruch bezpośredni sprawia, a za jego czasów siłą nazywało się wszystko, co skutek wywołuje. Organizacyja nie może być dziełem siły, lecz musi ulegać czynnikowi jakiemuś, który siłami kieruje, siły układa i do zamierzonych używa celów. Otóż ta władza organiczna u Śniadeckiego, ów osobisty czynnik, ażeby żyć, musi sobie samodzielnie wytworzyć organizm, wyrobić sobie narządy odpowiednie formie swojego istnienia, sprządz je ze sobą i zharmonizować, a wtedy dopiero działać zacznie jako żyjąca istota. Lecz owa władza, ażeby dojść do swojego celu, musi sobie zewnątrz pożyczyć materyję i siłę, musi je stósownie do swojéj istoty przetrawić, a więc życie zależeć u niéj będzie od złączenia się z sobą dwóch czynników wewnętrznego indywidualnego i zewnętrznego, czyli od pokarmów, do których prócz pokarmów i powietrza należy zaliczyć cieplik i światło. Znajdując tylko niektóre pierwiastki nieorganiczne w ciałach organicznych i sądząc, że siła powinowactwa rządzi tylko ciałami nieorganicznemi, Śniadecki sądził, że jakiś wyższy czynnik owłada kombinacyjami chemicznemi w ciałach organicznych, i na swój niezależny sposób wytwarza związki organiczne; idzie on za pojęciami czasu, w którym zasadniczo rozdzielano chemiję na organiczną i nieorganiczną, jako dwie różne rzeczy; chemija nowoczesna temu podziałowi kłam zadała, ale nie dowodzi wcale, ażeby ów czynnik osobisty nie miał stanowczego wpływu na połącze-

nia chemiczne, jakie podczas życia zachodzą. Powinowactwo międzyatmowe jest to samo w związkach organicznych i nieorganicznych, lecz ów czynnik stawia je względem siebie w takich warunkach, iż odpowiednio do interesu indywidualnego łączyć z sobą muszą. A więc ów czynnik odgrywa taką rolę, jaką odgrywa chemik w swojém laboratoryjum; kiedy syntetycznie jaki olejek np. zamierza sobie wytworzyć. Ponieważ niektóre tylko pierwiastki nieorganiczne zdolne są wytworzyć chemiczne związki organiczne, Śniadecki sądził, że one stanowią osobny rodzaj materyi, odżywczą przez niego nazwanéj, i że materyja ta przechodzi w organiczne związki za spotkaniem się z władzą indywidualną, pod którą się ściele. Rzecz prosta, że pojęcie to jest błędne. Życie zatém, według Śniadeckiego, jest ciągłém kojarzeniem się czynnika osobistego z materyją odżywczą; materyja ta tak długo pozostaje w organizmie, dopóki może być mu użyteczną na specyjalne jego kombinacyje. Ale to co w jednym organizmie weszło w związek i życia w niém już podniecać nie może, to może być pożyteczne innemu; z rośliny przechodzi jako pokarm do zwierzęcia, które sobą żywi inne zwierzę itd. Tym sposobem uznaje Śniadecki życie w materyi odżywczéj jako ciągłą i nieustanną zmianę formy, a w organizmie jako ciągłą i nieustanną przemianę materyi. Życie w przyrodzie i życie w każdym osobniku jednę stanowią całość, i cały świat żyje duchem jednéj sprawy życia. Mamy więc nieustanne krążenie materyi, a podług pojęć dzisiejszych i krążenie siły, a zasadą tego wszystkiego jest czynnik organiczny i pokarm. Karmienie organizmu nie było nowością, ale nikt przed Śniadeckim nie wystąpił z zdaniem, że każda cząsteczka organizmu nieustannie umiera i nieustannie się odradza, i nikt do téj odmiany materyi nie odnosił ruchów i wszystkich czynności, nie wyłączając umysłowych. Do r. 1804 nikt nie oparł pojmowania życia na téj podstawie; pojęcia Śniadeckiego w głównéj zasadzie przetrwały do dni naszych i stały się podwaliną dzisiejszych dogmatów bijologii. Zasługa Śniadeckiego jako wielkiego reformatora jest olbrzymią; świat naukowy zaczyna zapominać komu winien to światło, na nas spoczywa obowiązek upomnieć się o prawa należne Śniadeckiemu i zyskać dla niego należne uznanie.

Po wysłuchaniu z największą uwagą tego nadzwyczaj zajmującego odczytu prof. Szokalskiego, hr. A. Cieszkowski poczynił równie ważne i interesujące uzupełnienia. W pracach Śniadeckiego dostrzega mowca zarody wszystkich nowoczesnych teoryj, jak elektrycznéj teoryi gradu, teoryi dysocyjacyi St. Claire-Devilla itd. Nie należy pominąć, że najnowsze poglądy Crookesa o czterech stanach skupienia, a mianowicie jego materyję promienistą spotykamy już po kilkakroć u Śniadeckiego w przygodnych jego mowach, a szczególnie w rozprawie jego: O cieplíku; nawet terminologija Crookesa jest ta sama co u Śniadeckiego; jeśli więc sławny badacz angielski powołał się na Faradaya, to mógł sięgnąć o całą generacyję wstecz i uznać w naszym Śniadeckim jeszcze wyrazistszego przesłańca.

Prof. Szokalski wzywa uczestników Zjazdu, ażeby zebrawszy się w Wielkopolsce, prawie u kolebki Śniadeckich, uczcili pamięć tych wielkich ludzi przez umieszczenie pamiątkowéj tablicy w katedrze gnieźnieńskiéj. Zgromadzenie z zapałem przyjęło ten wniosek.

Następnie miał odczyt Dr. Rakowski: Tajemnice życia. Przyznajemy, że nie jest rzeczą możebną streścić odczyt, który sam jest streszczeniem tego wszystkiego, co od najdawniejszych czasów o istocie życia powiedziano; a że nikt tajemnicy życia, nie wyłączając prelegenta, nie odsłonił, wkroczył on w sferę wierzenia i zakończył odczyt słowami, że tę tajemnicę „my ludzie nazywamy Bogiem“.

Zastrzegamy się przed wszelkiém posądzeniem, ażebyśmy chcieli i śmieli dotknąć osobistych wierzeń Dra Rakowskiego; ale zdaniem naszém odczyt ten sprawiłby właściwy efekt, gdyby był wypowiedziany przed innem forum. Wobec panującego dziś kierunku doświadczalnego w medycynie i przyrodoznawstwie tematu takiego nie należało podnosić na Zjeździe przyrodniczo-lekarskim. Między wiedzą a wiarą istnieje granica, gdzie się pierwsza kończy, tam druga zaczyna; zjazdy nasze są przeznaczone dla wiedzy, i bez pogwałcenia téj granicy naturalnéj żaden odczyt nie może przekroczyć tych kresów, w obrębie ktorych umysł ludzki panuje lub jest w stanie panować. Tę granicę wiary i wiedzy uznawał taki filar szkoły doświadczalnéj, jak zgasły fizyjolog Kl. Bernard; na drodze filozoficznéj nakreślił ją pozytywny socyjolog angielski Spencer; u słupów granicznych wiary kończy się zadanie naturalisty i po te słupy sięga program zjazdów przyrodniczo-lekarskich.

Tych słów kilka podyktowała nam piecza o nienaruszalność naukowego i wyłącznie przyrodniczego zadania naszych zjazdów.

Przewodniczący zawiadamia, że otrzymał od Prezydenta m. Lwowa zaproszenie na V Zjazd lekarzy i przyrodników polskich do stolicy Galicyi. Uchwalono wyrazić telegraficznie wdzięczność Prezydentowi m. Lwowa.

Z kolei zawiadamia Dr. Kusztelan, że na wspólném posiedzeniu wszystkich sekcyj przyrodniczych w Żabikowie, uchwalono, na wniosek radcy Dra Milewskiego i hr. A. Cieszkowskiego, konieczność urządzenia stacyj meteorologicznych i leśnych; równocześnie wyrażono życzenie, aby Wydział przyrodniczy Towarz. przyj. nauk w Poznaniu sprawą tą zająć się zechciał, w czém zapewnił swą moralną pomoc prezes Akad. krak. Dr. Majer.

Następnie odczytano telegramy, które z Polski i Czech nadeszły. Nadto odczytano telegraficznie zaproszenie na przyszły Zjazd do Lwowa od Towarzystwa lekarzy galicyjskich i Galicyjskiego Towarzystwa aptekarskiego.

Nakoniec nadeszła chwila zamknięcia Zjazdu; zwyczajem uświęconym na poprzednich Zjazdach przewodniczący w komitecie gospodarczym dopełnił téj czynności. Przemówienie Dra Wicherkiewicza ustawicznie przerywane było hucznemi oklaskami. Mowca rzucił okiem na bilans trzydniowéj naukowéj pracy, widzi w niéj zasiew, który wyda owoc na pożytek ludzkości, a zwłaszcza na pożytek i chwałę naszego kraju, a wykaże ona zarazem, że w imie myśli narodowéj obraliśmy dobrą drogę, umiemy po niéj kroczyć, ufni, że ona nas doprowadzi do celu. W imieniu Wielkopolski wyraził mowca wdzięczność uczestnikom Zjazdu, którzy swém przybyciem skrzepili ducha i słowami pełnemi serdeczności i rzewności żegnał gości zjazdowych, zwłaszcza Czechów, a zwrot ten do pobratymców zaznaczył pięknemi i wielce rozumnemi myślami.

Nie streszczamy już pięknych przemówień prezesa Akademii krak. Dra Majera, prof. Rostafińskiego i prof. Steffala (z Pragi): mowców natchnęła smutna lecz uroczysta chwila zamknięcia Zjazdu; uczucie radości z powodzenia Zjazdu mięszało się z uczuciem bolesném, jakie wy-

wołało minięcie tych dni świątecznych; przyrzeczono sobie iść drogą pracy i miłości w téj ciężkiéj dobie naszego żywota dziejowego, i z wiarą w przyszłość żegnano się słowami „do zobaczenia się we Lwowie“. (Dok. nast.)

Międzynarodowy kongres lekarski w Kopenhadze.

Kongres lekarski międzynarodowy w Kopenhadze został otwarty 10go bm. o godzinie 1széj popołudniu w pałacu przemysłowym (*Industri foreningsbygningen*), w obecności króla i królowéj duńskiéj z familiją, tudzież króla i królowéj greckiéj. Zagranicznych członków Kongresu powitał gorącemi słowy profesor Panum z Kopenhagi, poczém przemawiali Sir James Paget z Anglii, prof. Pasteur z Paryża i Virchow z Berlina.

Następnie przystąpiono do wyboru prezydenta Kongresu i prezydentów honorowych z różnych państw. Prezydentem wybranym został prof. Panum.

Wiceprezydentami: 1) z Anglii: Sir J. Paget, Sir William Gull, Sir W. Mac-Cormac, Sir H. Aclard, Sir R. Bennet, Lister, Spencer Wells, Erichsen, Watson, Marshall.

2) Z Francyi: Pasteur, Verneuil, Chauveau, Ollier, Jaccoud, Hardy, Ranvier, Cornil, Trélat, Lépine.

3) Z Niemiec: Virchow, Kölliker, Frerichs, Volkmann, Esmarch, His, Hensen, Flemming, Hensch, Munk, Liebreich, Liebermeister.

4) Z Hollandyi: Filanus, Rosenstein, Engelmann.

5) Z Rosyi: Reyber, Rauchfuss.

6) Z Włoch: Crudelli, Bottini.

7) Z Belgii: Crocq.

8) Ze Szwajcaryi: Lombard, Prévost, Meyer, Kollmann.

9) Z Austryi prof. Schnitzler (względnie mała liczba uczestników).

10) Z Ameryki: Billings, Flint.

Odczyty odbywają się codziennie od godz. 9téj rano do 3ciéj popoł. w poszczególnych Sekcyjach, których jest 14, mianowicie: 1) Sekcyja anatomiczna, 2) fizyjologiczna, 3) anatomii patologicznéj i patologii ogólnéj, 4) Sekcyja medycyny wewnętrznéj, 5) chirurgiczna, 6) akuszeryi i ginekologii, 7) oftalmologiczna, 8) pedyjatryczna, 9) chorób skórnych i kiłowych, 10) Sekcyja chorób nerwowych i umysłowych, 11) chorób krtani, 12) chorób usznych, 13) medycyny publicznéj i 14) medycyny wojskowéj.

Od 3ciéj godziny popołudniu do 5téj odbywają się odczyty treści ogólnéj, przystępne dla członków wszystkich Sekcyj. Dotąd miał odczyt prof. Pasteur z Paryża: *„Sur les microorganismes pathologiques et vaccins*, i prof. Tommasi-Crudelli z Rzymu: O naturalnym rozwoju zimnicy i o środkach uzdrowotnienia okolic zimniczych.

Odczyt Pasteura miany dnia 11go sierpnia o g. 3éj popołudniu w przepełnionéj sali uniwersytetu wywołał ogólny zapał. Przyjęcie członków kongresu jest nader gościnne i serdeczne; we czwartek o g. 5éj popołudniu wszyscy zagraniczni uczestnicy zaproszeni na obiad przez gminę miasta Kopenhagi, we środę odbyła się wycieczka do Elsenör i Kronborg.

Z lekarzy polskich miał dotąd prof. Mikulicz odczyt: O różnych postępowaniach antyseptycznych przy hysterotomii. Prof. Kosiński z Warszawy jutro będzie czytać: O operacyi wycięcia nerki (*nephrectomia*), któréj dokonał w Warszawie przed kilku miesiącami cięciem skośném brzucha, objaśniając rzecz odnośnymi rysunkami. W dyskusyi wezmą udział Thornton z Londynu i Tchernig z Kopenhagi. W sekcyi chorób nerwowych i umysłowych zapowiedział odczyt prof. Adamkiewicz: „O unaczynieniu rdzenia przedłużonego“.

Liczba członków kongresu wynosi obecnie 1200. Jestto zatém najliczniejszy z dotąd odbytych kongresów międzynarodowych.

Kopenhaga 13 sierpnia. *Dr. Poniklo.*

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Komisyja sanitarna krakowska odbyła w dniu 11 bm. pod przewodnictwem r. m. Dra Warschauera posiedzenie zwyczajne, na którém po załatwieniu drobnych spraw bieżących fizyk miasta Dr. Buszek podał do wiadomości cyfry odnoszące się do chorobliwości i śmiertelności w ostatnich tygodniach, z czego się pokazuje, że stan zdrowia publicznego jest teraz pomyślny a nawet zwykła o téj porze czerwonka występuje teraz rzadko i przeważnie łagodnie. Ze względu, że to posiedzenie w bieżącéj kadencyi jest ostatnie, przekazano niektóre sprawy niezbyt pilne przyszłéj komisyi sanitarnéj. R. m. Dr. Domański zdawał sprawę imieniem właściwéj podkomisyi z wniosków dążących do zmiany instrukcyi dla miejskiéj służby zdrowia, przekazanych komisyi sanitarnéj przez Radę miejską i wniósł, by w wykonaniu słusznego wniosku r. m. JEks. Dra W. Kopffa odesłać całą instrukcyję tak zmienioną do Magistratu, celem uporządkowania paragrafów i przedłożenia następnie raz jeszcze komisyi sanitarnéj, co ma nastąpić najdaléj do 1go listopada 1884. Wszystkie wnioski podkomisyi po obszernéj co do niektórych punktów dyskusyi przyjęto z bardzo nieznacznemi zmianami. Nakoniec r. m. Dr. Domański przedstawił ustnie treść swego obszernego referatu, wykazującego potrzebę zaopatrzenia miasta Krakowa w przyrządy dezinfekcyjne, w którychby odzież, pościel i inne przedmioty używane przez ludzi dotkniętych chorobami zakaźnemi lub zaraźliwemi ulegały rzeczywistéj dezinfekcyi parą gorącą zmięszaną z takiemże powietrzem i wniósł: 1) aby udać się do dyrekcyi szpitali krakowskich o sprawienie wymienionych przyrządów, 2) aby przedstawić Radzie miejskiéj potrzebę zakupienia takiego przyrządu dla miasta, któryby służył gminie tak w czasie wybuchu epidemii, jak i do dezinfekcyi rzeczy osób leczonych w mieszkaniach prywatnych. Wnioski te po krótkiéj dyskusyi przyjęto jednomyślnie, wzywając Magistrat o wstawienie odpowiedniéj kwoty do budżetu miejskiego na rok 1885.

O Sekcyja marynarki państwowego ministerstwa wojny nadesłała komunikat do dekanatu tutejszego Wydziału lekarskiego zawierający postanowienie co do wstępowania do służby lekarskiéj w marynarce, albo ukończonych uczniów Wydziału lekarskiego, albo téż zdolnych uczniów będących na ostatnim roku nauk lekarskich. Według tych postanowień ministerstwo gotowem jest, celem ułatwienia, do ponoszenia taks trzeciego, a względnie drugiego i trzeciego egzaminu ścisłego oraz promocyi, jeżeli kandydaci zobowiążą się do służenia jako lekarze marynarki nietylko przez rok prowizorycznie, ale jeszcze przez dwa lata, licząc od dnia nominacyi na lekarza korwetowego. Lekarze korwetowi pobierają 900 złr. rocznéj płacy obok dodatków ustanowionych dla oficerów 10 klasy dyjet. Prócz tego wstępujący otrzymują kwotę 200 złr na wyekwipowanie się, z których połowę zaraz przy wstąpieniu, a drugą połowę przy nominacyi na lekarza korwetowego. Podania mają być wnoszone do dekanatu Wydziału lekarskiego, który daje opiniję o kandydatach. Wspomniany komunikat obok innych jeszcze postanowień tego przedmiotu dotyczących podaje warunki, które ubiegający się w podaniach wykazać winni. Są niemi: 1) obywatelstwo austryjackie lub węgierskie, 2) iż ubiegający się nie liczy więcéj nad 32 lat, 3) że już obowiązkowi stawiennictwa wojskowego zadość uczynili, 4) że są stanu wolnego, 5) że dotąd pędzili życie nienaganne, 6) że władają w mowie i piśmie językiem niemieckim, 7) że są do służby w marynarce zdatni (dowód stanowi świadectwo wystawione przez lekarza sztabowego), poświadczenie dekanatu Wydziału lek., że byli zwyczajnymi uczniami i że pomyślnie zdali 3 egzamina wstępne z nauk przyrodniczych i pierwszy egzamin ścisły, 9) zobowiązanie (rewersem), że służyć będą po roku prowizorycznéj służby przez lat dwa, a względnie że zwrócą nakłady poczynione, jeżeliby warunków nie dotrzymali.

* **Cholera** ustaje w Tulonie i Marsylii i nie posuwa się ku wnętrzu Francyi, lecz, jak to przepowiedział Drasche, pełza wzdłuż wybrzeża Morza śródziemnego i toskańskiego i nagabuje poszczególne miejscowości Piemontu. Jakkolwiek zdaje się nie ulegać wątpliwości, że zaraza nie ograniczy się do wybrzeża, lecz postąpi daléj, to jednak już teraz twierdzić można stanowczo, że szerzenie się jéj nie będzie szybkiem i gwałtownem, tak że do nas najprawdopodobniéj nie zawita w roku bieżącym.

Koch nareszcie przemówił; stało się to na zebraniu odbytém d. 26 lipca w Urzędzie zdrowia w Berlinie, a na którém zaledwie kilkunastu wybrańców znalazło przystęp. Ponieważ

atoli pomiędzy nimi znaleźli się mężowie tak kompetentni, jak Virchow, Hirsch, Leyden, Skrzeczka, Eulenberg itd., więc dyskusyja zapewne była bardzo pouczającą. Wykład swój Koch ogłasza odnośnie w *Berl. klin. Woch.*, rozpoczęliśmy z niego sprawozdanie w Nrze 32 Przeglądu Lekarskiego.

Komisyja choleryczna w Budapeszcie zgodziła się na następujące wnioski, przedłożyć się mające Ministerstwu spraw wewnętrznych: Kraj cały podzielony zostanie na 8 obszarów sanitarnych, a na czele każdego znajdować się będzie inspektor sanitarny. Siedzibami tych inspektorów będą miasta: Budapeszt, Raab, Preszburg, Koszyce, Neusohl, Wielki Waradyn, Szegedin i Klausenburg. Prof. Koranyi wypracuje instrukcyję popularną.

* W październiku b. r. odbędzie się w Rzymie międzynarodowy sanitarny kongres. Spodziewać się należy, że kongres wywrze wpływ na rząd angielski, w celu powzięcia stałych zarządzeń w Indyjach i w kanale suezkim, któreby zapobiegły peryjodycznemu nawiedzeniu Europy cholerą.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 27 lipca do 2 sierpnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 35,6. Z ospy umarło 1 (0 z. t.); z płonicy 3 (2 z. t.); z błonicy 1 (1 z. t.); z krztuśca 1 (0 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z zimnicy 1 (0 z t.); z kiły 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku ospy, 1 odry, 2 płonicy, 1 błonicy, 2 krztuśca, 1 duru brzusznego, 4 czerwonki, 1 choleryny. W tygodniu od 20—26 lipca zapadło świeżo na ospę w Londynie 111 (149 z. t.); leczyło się w szpitalach 1067 (1230 z t.), umarło 21. W Paryżu, Liwerpolu, Stokholmie, Wenecyi, Lizbonie umarło po 1, w Wiedniu, Warszawie, Madrycie po 2, w Rzymie 3, w Pradze i Brukseli po 4, w Nowym Orleanie 8, w Kalkucie 22, w Madrasie 40. Z duru osutkowego umarło w Maladze 1, w Saragosie 3, w Madrycie 6. Z cholery umarło w Kalkucie od 8—14 czerwca 37; od 26 lipca do 1 sierpnia umarło z cholery w Tulonie 77, w Marsylii 192, w Aix 16, w Arles 8.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 20—26 lipca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 37,4; w Warszawie 40,0; w Wiedniu 23,4: w Budapeszcie 34,7; w Pradze 26,4; w Berlinie 42.1; w Hamburgu 23,8; we Wrocławiu 43,9; w Gdańsku 30,7; w Mnichowie 32,9; w Dreźnie 27,8: w Lipsku 31,9; w Brukseli 36,4; w Amsterdamie 29,8; w Hadze 28,5; w Paryżu 24,7; w Londynie 25,9; w Kopenhadze 22,6; w Stokholmie 24,1; w Chrystyjanii 18 0; w Petersburgu 30 0. w Odesie 54,3; w Rzymie 24,7; w Wenecyi 41,1; w Bukareszcie 29,1; w Madrycie 34,1; w Lizbonie 26,8; w Aleksandryi 39,2; w Nowym Jorku 29,8; w Filadelfii 24,6; w Bombayu 21,5; w Madrasie 35,3. *J. B.*

Śmiertelność we Lwowie (liczącym 115.544 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). W tygodniu od 27 lipca do 2 sierpnia b. r. umarło osób 69, co odpowiada na rok i 1,000 m. 31,1. W tym czasie umarło z ospy osób 4, z płonicy 4, z dlawca 2, z duru brzusznego 3, z gorączki połogowej 2.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 12 sierpnia. W bieżącym tygodniu odbywa się w Kopenhadze międzynarodowy Kongres lekarski. Nadzwyczaj liczny udział lekarzy a jednocześnie obecność pierwszorzędnych powag lekarskich, wróżą Kongresowi wyróżniające i niezwykłe powodzenie i znaczenie. Z Krakowa udali się do Kopenhagi, o ile nam wiadomo: prof. Mikulicz, prof. Jakubowski, prof. Adamkiewicz i doc. Ponikło.

* Z Warszawy otrzymujemy list następującej treści:

Szanowna Redakcyjo!

W Nrze 25 Przeglądu Lekarskiego była przez nieznanego mi autora napisana korespondencyja z Warszawy, w której uczyniono wzmiankę o konkursie w tutejszym Instytucie oftalmicznym i jego rezultacie; w 27ym zaś Nrze tegoż czasopisma było podane przez Dra B. Gepnera sprostowanie téj korespondencyi. Ponieważ obie korespondencyje mnie dotyczyły, upraszam więc najuprzejmiej szanowną Redakcyję o łaskawe przyjęcie odemnie, jako osoby najbliżéj interesowanéj, następujących wyjaśnień.

Przedewszystkiem oświadczam, iż nie wiem, kto był autorem pierwszéj korespondencyi. Co do sprostowania tejże przez Dra Gepnera, to wyrazić muszę moje zdziwienie, że p. Gepner niepowołany takowego się podjął, gdyż wszelkie sprostowanie należy nie do członków sądu, ale do przewodniczącego, a tym nie był Dr. Gepner. Jeżeli jednakże obudziło się w nim takie zamiłowanie prawdy, że aż czuł się w obowiązku sprostowania niby fałszywéj korespondencyi, to trzeba było napisać rzeczywistą prawdę. Pan Gepner przedstawia w swém sprostowaniu, jakobym przepadł przy konkursie, a to jest nieprawdą, przypomni sobie bowiem zapewne, iż przewodniczący komisyi konkursowéj prof. Brodowski ogłosił publicznie następujący rezultat (mniéj więcéj w tych słowach): „Komisyja konkursowa uznaje obu kandydatów (Dra Kamockiego i Dra Kępińskiego) za uzdolnionych do zajmowania posady ordynatora w oddziale chorób ocznych, czego tak przy rozpoznaniu chorób, jak i przy operacyi, oraz w wykładzie dowiedli. Ubolewać mi tylko przychodzi, że w téj chwili jest jedna posada do obsadzenia, i tę nadaje się Drowi Kamockiemu, bo otrzymał większość głosów przy balotowaniu, co i ztąd pochodzi, że Dr. Kępiński nie włada dobrze językiem rosyjskim. Równocześnie jednak komisyja orzeka, iż najbliższa wolna posada będzie bez konkursu Drowi Kępińskiemu nadaną“. Obecnymi byli przy ogłaszaniu tego rezultatu prócz prof. Brodowskiego jeszcze prof. Szokalski, prof. Wolfring, Dr. Kramsztyk, Sokołowski, Chrostowski, Matlakowski, Talko i inni. Co do ilości głosów, to zdaje mi się, iż podana przez p. Gepnera liczba jest prawdziwą.

Drugie twierdzenie p. Gepnera, jakoby był przepis, iż konkursa mają się odbywać w języku rosyjskim, jest również fałszywém — i nie zacytuje tenże ustawy, któraby tego wymagała. Zaprowadzono to po prostu jako zwyczaj, któremu się ludzie poddają. Co się mnie tyczy, to wykształciwszy się poza granicami kraju trudno mi władać językiem rosyjskim.

Wybaczy mi szanowna Redakcyja, że taką drobnostką jak konkurs zajmuję miejsce w poważném piśmie, gdzie rzeczywiście szkoda papieru i atramentu na to, i gdyby nie stronnicze sprostowanie p. Gepnera, nigdybym tego nie zrobił. Od dalszych uwag powstrzymuję się, uważając, że i tych już wystarczy.

Z prawdziwym szacunkiem
Dr. med. Michał Kępiński,
okulista w Warszawie.

* Oberpolicmajster m. Warszawy nakazał wykonać wywiezienie nieczystości z wychodków i zniesienie śmietników w ciągu ośmiu dni.

* Dziennik Bund ogłosił, że w Genewie dopuszczono się aktu gwałtu na osobie Dra Kocha, w celu poddania go przymusem dezinfekcyjnemu okurzeniu. Dr. Redard prostuje to doniesienie w następujący sposób: „po przybyciu na dworzec genewski Koch wyjawił życzenie rozmówienia się z lekarzem, kierującym czynnością dezinfekcyjną; kiedy poinformowałem go o sposobie okurzania, Koch chętnie poddał się tym zachodom. Po ukończeniu okurzania zauważył niemiecki uczony: „że wszystkie te zachody są bez pożytku, gdyż zarodki cholery kryją się w jelitach“; na co odrzekłem: „zarodki te zarówno mogą się znajdować także i na ubraniu lub bieliźnie“. W rozmówieniu się tém, nie było i cienia sprzeczki lub niezadowolnienia. (*Le Progrès médical*, Nr. 31).

* W ostatnich 12 latach ilość przypadków chorób umysłowych, które z nadużycia wyskoku powstały, wynosiła w państwie rakuskiém 25,3% u mężczyzn, 2,7% u kobiet. (*Wiener Klinik*)

* Na wystawie higijenicznéj w Londynie znajdują się dwie pracownie: Watsona Scheyna i Corfielda. W pierwszéj mogą pouczyć się zwiedzające osoby o wszystkich sposobach obecnie używanych do badania drobnotworów. W pracowni prof. Corfielda zapoznać się można z wynikami analizy wszystkich przedmiotów, obchodzących higijenistę. W dziale francuskim wystawiono przyrządy i preparaty z pracowni Pasteura (*The Lancet* z 5 lipca).

* W klinice prof. Bardelebena w Berlinie próbowano w celu chirurgicznym wywołać znieczulenie lotnikiem zastosowanym przez jelito. Znieczulenie nastąpiło zupełne, lecz dopiero po 25 minutach; po kilku dniach wystąpiła czerwonka i chory umarł; pośmiertnego badania dokonał Virchow, całe jelito grube znalazł zajętem sprawą błonicową, którą odnosił do zadraźnienia wywołanego lotnikiem.

* Nie wiemy jak sobie wytłumaczyć mamy, że wszyscy

dziwacy i oryginały, nie mogąc swych pomysłów spopularyzować we własnym kraju, zwykle udają się do paryskiéj lekarskiéj Akademii. Z powodu grasującéj cholery dyletanci formalnie zarzucają Akademiję nauk i Akademiję lekarską. Do pierwszéj z tych instytucyj nadesłano w ciągu jednego tygodnia 2:0 rozpraw o cholerze! A co za pomysły! jeden z autorów doradza, idąc za wynikami badań Kocha, zastąpić wszelkie mycie tak zwaną toaletą suchą; drugi wymarzył zarządzenie sztucznéj zimy przez odbicie promieni słonecznych i t. d.

* Sprawozdanie ze stanu zdrowia wojsk niemieckich podczas wojny z Francyją 1870/1 r. zostało ukończone i I tom już opuści prasę. Cała praca składać się będzie z 8 tomów i stanowić będzie ważny przyczynek tak dla lekarzy wojskowych, jak dla nauki w ogóle.

* **Ruch kąpielowy.** Do d. 31 lipca bawiło w Krynicy gości kąpielowych 2127, do 5 sierpnia w Rożnowie osób 1260, w Cieplicach czeskich 6309: do d. 10 bm. w Truskawcu 904, w Gainfarn 978.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin.** Dr. Schweninger, w téj chwili ulubiony lekarz przyboczny ks. Bismarka, mianowany został bez wiedzy Wydziału profesorem nadzw. w Berlinie. Będzie to nabytek dla uniwersytetu nie bardzo po żądany; żelazny kanclerz jak wszędzie tak i tu postąpił sobie bezwzględnie, spuszczając z uwagi i pamięci fakt, dla którego Dr. Schweninger przed kilku laty zmuszony był porzucić docenturę swoją w Monachijum i wynieść się z miasta i kraju. Niepodobna atoli, aby Wydział lek. w Berlinie przypuścił do grona swego narzuconego sobie kandydata, który jako prosektor sądowy w Monachijum na jednym z tamecznych cmentarzy dopuścił się czynu rozgłośnego. — **Królewiec.** W miejsce prof. Witticha powołany został prof. Harrmann z Zurychu jako profesor fizyjologii. — **Jena.** Klinikę chirurgiczną, opróżnioną w skutek przeniesienia w stan spoczynku prof. Rieda obejmie prof. Braun z Heidelbergu.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 32: Zieleniewskiego: Treść zasad hydroterapii, z dołączeniem opisu ojczystych zakładów wodoleczniczych. (c. d.) — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 32: Chałubińskiego: Leczenie w cholerze.

Redakcyja otrzymała.

Uchwała Towarzystwa lek. warszawskiego dotycząca zapobiegania rozwojowi epidemii cholery i środków pomocy publicznéj w razie wybuchu cholery.

R. v. ANREP i N. CYBULSKI: Ein Beitrag zur Physiologie der Nervi phrenici. Bonn 1884.

B. v. ANREP i N. CYBULSKI: Zur Physiologie der gefässerweiternden und gefässverengernden Nerven. Petersburg 1884.

Piśmiennictwo lekarskie. BRÜCKE E. Vorlesungen über Physiologie. 2 Bd. Physiologie der Nerven u. d. Sinnesorgane. 3 Aufl. M. 103 Holzschn. Wien 1884. Braumüller. M. 10. — (1. u. 2. M. 25.—)

DAUTEL. De la pérytiphlite primitive. Paris, Delahaye et Lecr. Fr. 2.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. A. N. Żądane numera Przeglądu wysłaliśmy.

W zastępstwie redaktora: **Dr. A. Kwaśnicki.**

KONKURS.

Na posadę lekarza miejskiego we Frysztaku, powiecie jasielskim, z roczną płacą 300 złr. w. a. i dochodami z oględzin umarłych i bydła. Siedziba Sądu, Notaryjat i apteka w miejscu.

Z urzędu gminnego.

Frysztak 12 Lipca 1884.

Burmistrz
Dukiet.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolki, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 23 sierpnia 1884. № 34. Rok XXIII.

I. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

O znaczeniu rozpoznawczém prątków gruźliczych.

(Rzecz czytana na IV Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu).

Przez Dra Alfreda Wolframa,
Asystenta téjże kliniki.

Jakkolwiek zapatrywać się będziemy na najnowsze badania Kocha, zmierzające do wyjaśnienia etyjologii gruźlicy, zaprzeczyć się nie da, że wzbogaciły one naukę lekarską szeregiem nader doniosłych zdobyczy. Czy wszystkie z badań tych wysnuwane wnioski ogniową próbę krytyki przetrzymać będą w stanie, jedynie dalsze w tym kierunku podjęte badania doświadczalne, zarówno jak i ścisłe spostrzeżenia kliniczne stanowczą mogą dać odpowiedź. Bez względu jednak na wyniki prac dalszych — w szczególności zaś bez względu na to, czy odkryte przez Kocha mikroorganizmy są istotnie owym swoistym przyrzutem wywołującym gruźlicę, czy téż tylko stale towarzyszącym jéj objawem, — jaśniéj mówiąc, pasorzytami gnieżdżącymi się dopiero na stósownie do potrzeb ich rozwoju przygotowanym gruncie, odkrycie ich mieć zawsze będzie nader doniosłe znaczenie dla klinicysty, a to ze względu na ich zazwyczaj cenną wartość rozpoznawczą.

Gruźlica płuc, zarówno jak i innych narządów wewnętrznych, we wcześniejszych zwłaszcza okresach swego rozwoju, stawia niekiedy tak znaczne trudności rozpoznaniu, że takowe częstokroć po za zakres prawdopodobieństwa tylko wychylić się nie może. Dość przytoczyć, jak trudném, ba niemożliwém jest niekiedy dla doświadczonego nawet klinicysty ściślejsze oznaczenie tła choroby, na jakiem się utrzymują podejrzane, uporczywie przez dłuższy czas trwające biegunki, szczególniéj wtedy, gdy w reszcie narządów wewnętrznych, przedewszystkiem zaś w płucach, nie znajdzie się wydatniejszych zmian; dość przypomnieć, jak nawet w chorobach, ściśle do narządu oddechowego ograniczonych, rozpoznanie częstokroć chwiać się musi między zmianami gruźliczemi a kiłą płuc, rozstrzeniowemi jamami lub sprawami rozrostowemi włóknistemi w tkance międzymiąższowéj głównie dlatego, że pomimo znakomicie dziś już posuniętych sposobów badania nie zdołano przecież odszukać bezwzględnie pewnego objawu dla choroby najczęstszéj, najgroźniejszéj dla rodu ludzkiego, dla gruźlicy.

Dlatego to odkrycie Kocha, stwierdzające dowodnie że prątki gruźlicze, jedynie tylko w wydzielinach narządów, gruźlicą dotkniętych wykazać się dadzą, poparte zgodnemi spostrzeżeniami niemal wszystkich autorów, którzy odnośne czynili badania, słusznie za stanowiące epokę w rozwoju nauki o gruźlicy poczytać należy. W obec faktu tego, który już dzisiaj nie może podlegać żadnéj wątpliwości, trudności rozpoznawcze w znacznéj części zmaleć musiały, a rozpoznanie samo posunąć się do niebywałych przed tém granic pewności. Nie znam téż ani jednego przypadku z dotyczącéj literatury, któryby twierdzenie to zdołał obalić. Przypadek Finklera i Eichlera, któryby mógł być w téj mierze wyzyskiwanym, w żaden sposób ściślejszéj krytyki wytrzymać nie jest w stanie, gdyż z pomyślnego przebiegu duru, a następnie zupełnego wyzdrowienia chorego, mimo wykazalnych w szczytach płuc nacieków wnosić, że nacieki te nie były swoistéj przyrody, chociaż w plwocinach prątki odszukać się dały, jest co najmniéj, bardzo śmiałem rozumowaniem. Wszelkie przypuszczenia zaś, jakoby prątki z powietrza atmosferycznego wdechane, następnie w plwocinach pojawić się mogły, chociaż w płucach zmian gruźliczych nie ma, nie zostały poparte ani jednem dodatném spostrzeżeniem, a więc nie mogą być brane na seryjo w rachubę. Nawet Spina, ów największy przeciwnik Kocha, zamilkł już dzisiaj, przekonawszy się zapewne dowodnie, że twierdzenia, jakie poprzód głosił, były tylko naturalném następstwem błędnie i niemetodycznie przeprowadzonego badania.

Wyniki spostrzeżeń, jakiemi tutaj podzielić się zamyślam, po największej części zgodne są z wynikami prac, ogłaszanych dotąd w literaturze. Szereg badań na prątki gruźlicze w plwocinach, kale, moczu, płynach wypocinowych i w zawartości ropni, jakie przedsięwziąłem w przeszło 50 przypadkach, podejrzanych o gruźlicę, wykazał jasno, że skoro tylko mikroorganizmy te odszukać się dały, dalszy przebieg choroby a bardzo często i sekcyja, rozpoznanie gruźlicy w zupełności stwierdzały.

Jeżeli jednak możność wykazania prątków gruźliczych w wydzielinach poszczególnych narządów ma tak doniosłe znaczenie dla klinicysty, tyczy się to przedewszystkiem przypadków, w których objawy kliniczne jeszcze są tak niewyraźne, że jedynie na ich podstawie stanowczego rozpoznania postawić nie można. Na dowód tego przytoczyć mógłbym kilka przypadków, obserwowanych w klinice krakowskiéj, gdzie istotnie zmiany wypukowe i przysłuchowe w szczytach płuc były tak niewyraźne, że łatwo mogły być przeoczone, gdzie chorzy prócz lekkiego kaszlu, nie skarżyli się na żadne przypady ze strony narządu oddechowego, tak że badanie plwocin na prątki gruźlicze przedsięwzięto jedynie ze względu na podejrzaną, uporczywie się utrzymującą biegunkę, ropne moczenie, lub niezwykły przebieg wypocinowego zapalenia opłucnéj, a gdzie tylko przez stwierdzenie prątków w plwocinach na pewne orzec można było, że i w płucach sprawa swoista gruźlicza się toczy.

Jeżeli rozpatrzymy się w odnośnych przypadkach w literaturze, nie popadniemy w przesadę nadmieniając, że badanie plwocin na prątki gruźlicze powinno być przedsiębrane przez każdego ostrożnego klinicystę nawet w takich razach, gdzie cały obraz chorobowy raczéj za jakąś inną sprawą chorobową w narządzie oddechowym, aniżeli za gruźlicą przemawia. I tak F r a e n k e l nadmienia, że kilkakrotnie udało mu się chorobę właściwie rozpoznać jedynie tylko przez stwierdzenie prątków gruźliczych w plwocinach, w przypadkach takich, gdzie na podstawie badania przedmiotowego raczéj rozedmę aniżeli suchoty płucne rozpoznawać należało. Tenże sam autor opisuje przypadek w ten sposób przez siebie rozpoznanéj gruźlicy płuc u osoby, u któréj objawy kliniczne przedstawiały typowy obraz dusznicy nerwowéj.—Sam miałem sposobność spostrzegać przypadek, gdzie z powodu górujących w obrazie chorobowym przypadów ze strony wypociny opłucnowéj, łatwo było przeoczyć właściwe gruźlicze tło choroby, gdyby rozpoznania nie były rozjaśniły stwierdzone w plwocinach prątki gruźlicze.—Znane są także przypadki ostro rozwijających się suchót płucnych, gdzie obraz chorobowy w pierwszych zwłaszcza okresach choroby odpowiadał zapaleniu płuc włóknikowemu, a gdzie tylko z przezorności uskutecznione badanie na prątki gruźlicze pozwoliło uniknąć rażącéj pomyłki.

Każdy, więcéj doświadczony klinicysta przyzna mi niewątpliwie, jak trudném jest częstokroć ściślejsze rozpoznanie między suchotami płucnemi a innemi chorobami narządu oddechowego. Mam tu przedewszystkiem na myśli długotrwałe, rozległe nieżyty oskrzelowe, prowadzące z czasem do znacznych rozstrzeniowych jam, rozmaite przewlekłe sprawy zapalne, śród tkanki łącznéj się rozwijające, jakoteż kiłę płucną, która przedstawia bardzo często obraz tak łudząco podobny do obrazu suchót płucnych, że nawet najbieglejszy klinicysta w rozpoznaniu pomylić się może. Dziś w obec wyników, jakie nam daje badanie plwocin na prątki gruźlicze, pomyłki takiéj o wiele łatwiéj będzie można uniknąć. Badanie takie bowiem, jeżeli zostaje uwieńczone dodatnym wynikiem, pewnością, jakiéj nadaje rozpoznaniu, przewyższa wszystkie inne metody fizycznego badania, gdyż prątki gruźlicze, jeśli się znachodzą w plwocinach z płuc wykrztuszonych, uważać należy za niewątpliwy objaw suchót płucnych.

Również i ta grupa suchót płucnych, jaka stanowi jedno z najczęstszych powikłań moczówki cukrowéj, nie czyni pod tym względem wyjątków. Przypadki téj choroby powikłane z naciekami w płucach, jakie miałem sposobność spostrzegać od czasu ogłoszenia rozprawy K o c h a świadczą o tém wymownie. W dwóch z nich, gdzie głębsze zmiany w miąższu płucnym przyjąć należało, znalazłem znaczną ilość prątków w plwocinach, bardzo dużo zaś w treści jamy suchotniczéj, jakiéj po śmierci chorego do badania użyłem. W trzecim przypadku kliniczne objawy wskazywały na nieznaczne tylko zajęcie miąższu płucnego, a w skąpo wydzielanych plwocinach prątków gruźliczych nie można było odszukać.

Sekcyja wyjaśniła w zupełności ten ujemny wynik badania, stwierdziła bowiem, że właściwy miąższ płucny pozostał u tego chorego nietkniętym, a jedyne zboczenie chorobowe w płucach polegało tylko na znaczniejszym rozroście tkanki łącznéj pośród miąższu płucnego. Spostrzeżenia te zgodne są ze spostrzeżeniami autorów, którzy badali na prątki plwociny chorych na moczówkę cukrową, tak, że za pewnik przyjąć należy, iż suchoty płucne, wikłające cukrzycę i pod tym względem zupełnie tak samo zachowują się jak u osób nieokazujących wcale moczówki cukrowéj.

Jeżeli jednak obecność prątków w plwocinach na pewno sprawę swoistą w płucach rozpoznawać pozwala, to z drugiéj strony z nieobecności ich żadną miarą o n i e o b e c n o ś c i zmian gruźliczych w płucach sądzić nie wolno. Niewątpliwie istnieją przypadki, gdzie zrazu przynajmniéj w plwocinach prątków tych odszukać nie można, a gdzie przecież po upływie pewnego okresu czasu na pewne wykazać się dadzą. Spostrzeżeń podobnych mógłbym przytoczyć kilka. Były to przedewszystkiem przypadki suchót we wczesnym okresie, przebiegające w całém tego słowa znaczeniu przewlekle, bez gorączki, o nader niewyraźnych objawach klinicznych. Natomiast nie znam ani jednego przypadku gruźlicy płucnéj, przebiegającéj ostro, gdzieby prątki przy pierwszém zaraz badaniu wykazać się nie dały. Przyczynę zjawiska tego łatwo zrozumieć można. Prątki gruźlicze bowiem, jak zdaniem mojem słusznie zauważył Lichtheim, dopiero wtedy w plwocinach pojawić się mogą, jeżeli ogniska gruźlicze, przedstawiające się zrazu w postaci nacieków, uległszy dalszym, wstecznym przeobrażeniom, nie tylko rozpadać się poczną, ale jeżeli przez rozpad taki stworzoną zostanie komunikacyja między naciekiem a oskrzelami. Dlatego to obecność prątków gruźliczych w plwocinach dowodzi nie tylko obecności zmian gruźliczych w płucach, ale stwierdza najwymowniéj, ż e z m i a n y t e z n a j d u j ą s i ę j u ż w s t a n i e r o z p a d u. Rozumie się samo przez się, że przez rozpad taki nie należy rozumieć już destrukcyi miąższu płucnego w zwykłém znaczeniu klinicznem. W razach takich odpowiednie objawy wypukowe i przysłuchowe niekoniecznie już za rozpadem przemawiać muszą, a mimo to zapatrując się na stan płuca ze stanowiska anatomicznego, rozpad taki koniecznie przyjąć należy. Gdy nadto dodam, że we wszystkich przypadkach, które przynajmniéj sam miałem sposobność spostrzegać o wiele wcześniéj w plwocinach mogłem stwierdzić

prątki aniżeli włókna sprężyste, że ile razy te ostatnie wykazać się dały, niewątpliwie i wynik badania na prątki był dodatnim, jasnêm będzie, że przez badanie takie daleko wcześniéj o istotnym stanie miąższu płucnego nabyć będzie można wyobrażenia, niż za pomocą wszelkich innych metod badania. (Dok. nast.)

Uwagi do uwag Dra Rubinsteina o przyczynach położeń płodu.

(Ogłoszone w Przeglądzie Lekarskim NN. 13, 14 i 15 br.)

Przez **Dra Ziemackiego,**
asystenta 1go oddziału Obuchowskiego szpitala dla kobiet w Petersburgu.

Praca Dra Rubinsteina, która mi nastręczyła możność wypowiedzenia kilku krytycznych myśli, daje się podzielić na dwie części; podziału tego trzymać się będę w wyłożeniu mych uwag. Część pierwsza dotyczy hipotezy Heckera o wpływie długogłowości na położenia twarzowe; dała ona powód Drowi Rubinsteinowi rozpatrzenia całéj kwestyi o położeniach płodu i o wpływach różnych czynników na nie, co stanowi część drugą większą téj rozprawy. W téj drugiéj części autor przychodzi do ciekawych, ale jak mi się wydaje, jednostronnych wniosków. Natomiast w części pierwszéj wychodzi on z mylnéj zasady, jak to postaram się udowodnić.

Hipoteza Heckera jest powszechnie znaną; została ona i przez Dra R. dostatecznie wyjaśnioną; dla tego też jéj tu nie powtarzam. Niektórzy położnicy nie uznają jéj dla różnych powodów. Dr. R., chociaż z Heckerem się nie zgadza, podaje, że „kliniczne spostrzeżenia popierają racyjonalność tego poglądu“, ale następujące własne spostrzeżenia autora sprzeczne z tym poglądem, zmusiło go do zwrócenia baczniejszéj uwagi na etyjologiję położeń płodu. Spostrzeżenie to, jeżeli czytelnik raczy sobie przypomnieć dotyczy wiejskiéj dziewczyny, lat 22, która d. 2/14 grudnia 1880 r. powiła w Maryjskim położniczym domu w Petersburgu chłopca o główce typu bez wątpienia, jak to R. słusznie zauważył, długogłowego, gdyż mianownik główkowy obliczony podług metody Broca wynosił 66,66. Dziecię przyszło na świat w położeniu pośladkowem. Tę ostatnią okoliczność, że w danym razie dziecię długogłowe urodziło się nie w położeniu twarzowém, ale pośladkowém, uważa R. za rzecz sprzeczną z teoryją Heckera. Czy jednak słusznie?

Nam się wydaje, że fakt ten bynajmniéj hipotezy Heckera osłabić nie może i nie osłabia; wiadomo bowiem, że Hecker swoją hipotezę opiera na całkiem mechanicznéj zasadzie, znanéj powszechnie w fizyce pod nazwą: „prawa dźwigni,“ t. j. jeżeli przy położeniu główkowém główki delichocefalicznéj (długogłowéj) siły porodowe zaczną działać za pomocą kości pacierzowéj na idealną dźwignię przebiegającą w kierunku strzałkowym przez główkę dziecięcia, to wobec tego faktu, że tylne ramię téj dźwigni w długogłowéj główce jest stosunkowo do przedniego ramienia zanadto długie, opór stawiony główce przez wąskość miednicy wywrze daleko silniejszy wpływ na tylne części głowy. W skutek tego tył głowy nie opuści się ku dołowi, jakto zwykle bywa, gdy ramię tylne dźwigni główkowéj jest krótsze od przedniego, ale będzie powstrzymywany; natomiast zacznie się opuszczać przodkowa część czaszki t. j. czoło, twarz i w skutek tego otrzymujemy położenie twarzowe. Mechanizm ten jest tak jasny, że zarzucić mu cośkolwiek jest rzeczą niełatwą. Ale już teraz z tego objaśnienia widzimy, że hipoteza Heckera stosuje się tylko do położeń główkowych i nie może mieć nic wspólnego z innemi położeniami, a w szczególności nie może być mowy o têm, ażeby przy położeniu pośladkowém wstawiła się twarzyczka, choćby główki najbardziéj dolichocefalicznéj. Bo i w jakiż to sposób przy położeniu pośladkowém, zamiast pośladków, ma się wstawić twarzyczka, — jak tego chce Dr. R.? — tego nie można zrozumieć. Gdyby w danym razie zamiast pośladków przed rozpoczęciem porodu wstawiła się główka, to mnie się wydaje, iż wówczas wynikłoby położenie twarzowe, gdyż główka dziecięcia była długogłową; szczególniéj w razie gdyby jeszcze oprócz tego miednica matki okazała się w stosunku do główki nieco za wąską. Bądź co bądź rzecz jasna, że ponieważ dla pewnych przyczyn wstawiły się pośladki, to już główka wstawić się nie mogła i położenie twarzowe nawet wobec główki dolichocefalicznéj powstać nie mogło. I dla tego mnie się zdaje, że Dr. R. w têm miejscu popełnił błąd, widząc sprzeczność z teoryją Heckera tam, gdzie téj sprzeczności ja ani śladu dopatrzeć się nie mogę.

Część druga pracy R. ma również swe słabe strony. Bo chociaż autor ten poruszył sprawy będące wynikiem mniéj więcéj naukowo uzasadnionych danych, to jednak już na samym wstępie, w kwestyi zasadniczéj, zauważyć się daje jednostronność. Cała ta druga część pracy daje się sprowadzić do jednego pytania: **jaki wpływ wywiera postać główki dziecięcéj na położenie przy porodzie?** Metoda prowadząca do dania odpowiedzi na to pytanie polegała na zestawieniu rozmiarów główek, a raczéj na zestawieniu mianownika główkowego, obliczonego podług Broca z rodzajem położeń u 6,398 dzieci nowonarodzonych. Na zasadzie tych statystycznych danych przychodzi R. najprzód do wniosku, iż o wyłącznym wpływie postaci główki na powstawanie położenia płodu mowy być nie może dla tego, że w każdém położeniu rodzą się dzieci o rozmaitym typie główki (str. 182).

Otóż przeciw temu wszystkiemu da się wiele powiedzieć, szczególniéj jeżeli spojrzymy na tę sprawę jeszcze z innego punktu widzenia.

Wiadomą jest rzeczą, że główka dziecięcia jest elastyczną i do pewnego stopnia ślisliwą, szczególniéj w pewnych kierunkach. Nie ulega wątpliwości, że przy przejściu przez przewód miednicy w czasie porodu główka ulega silnemu uciskowi. Ucisk ten chociaż często bardzo co do natężenia różny, gdyż składa się nań wielka ilość danych, jak: obszerność miednicy, wielkość główki, położenie główki, czas trwania porodu, siła bólów, użycie kleszczy itd., pozostaje jednak zawsze na tyle znacznym, że nawet przy najprędzéj przebiegającym porodzie wywiera na główkę pewien skutek. Skutek ten wyraża się z powodu pewnéj ślisliwości główki zmianą jéj kształtu. Jest to fakt w położnictwie powszechnie znany. Dość tutaj będzie napomknąć o takich przykładach, jak np. że przy położeniach pośladkowych kształt główki pozostaje najmniéj zmienionym, gdyż wówczas ucisk miednicy najsłabiéj daje się odczuć; przy położeniach czaszkowych tylnych, w skutek usuwania się tyłu głowy, i silniejszego ucisku w kierunku od czoła do potylicy, wydłuża się główka w kierunku prostopadłym do ścieśnionego wymiaru, to jest w kierunku od podbródka do małego ciemienia (w wymiarze MO); — przy porodach utrudnionych stosun-

kowém zwężeniem miednicy znajdujemy oprócz tego znaczną asymetryję obu połów główki dla tego, że w skutek silnego ucisku wzgórka *(promontorium)* na połowę główki zwróconą ku tyłowi miednicy, powstaje silne spłaszczenie téj ciemieniowéj kości, która w owéj chwili ociera się o wzgórek. W takim razie przy położeniu pierwszém (plecy płodu zwrócone na lewo) otrzymujemy spłaszczenie lewéj ciemieniowéj, po położeniu drugiém (plecy na prawo) spłaszczenie prawéj połowy główki. Jak widzimy, wpływ położenia na postać główki jest znaczny. Nam się wydaje, że zmiana kształtu główki, wpływając na zmianę wielkości różnych wymiarów główkowych, wpływa także i na wymiary stanowiące podstawę w obrachowaniu „mianownika główkowego" podług Broca. Nie mogą one przecież stanowić wyłącznego wyjątku. Z tego faktu daje się jednak wysnuć wniosek, który jest tylko ściśle logicznem następstwem tych spostrzeżeń powszechnie znanych. A mianowicie: rodzaj położenia dziecka ma wielki wpływ na kształt główki, a przeto, jak nam się zdaje, musi w znacznym stopniu wpływać i na mianownik główkowy. To jest, inaczéj mówiąc, mianownik główkowy, (resp. kształt główki) jest w pewnéj części skutkiem rodzaju położenia dziecka przy porodzie.

Inaczéj na tę rzecz zapatruje się Dr. Rubinstein. Sprawa ta została przez niego przedstawioną całkiem odwrotnie; to co jest skutkiem rodzaju położenia, w twierdzeniu Dra R. staje się jego przyczyną; podług nas kształt główki zależy w pewnéj części od położenia przy porodzie, według R. przeciwnie kształt główki ma wpływ w pewnéj części na powstanie rodzaju położenia. Czy stawiąc tę sprawę na swój sposób, miał Dr. R. podstawę nie uwzględnić téj odwrotnéj strony rzeczy? Czy nie powinien był wziąć jéj w rachubę? Podług nas należało ją uwzględnić, ażeby uniknąć jednostronnego i przez to samo niewolnego od zarzutu wyniku. Nic więc dziwnego, że wnioski oparte na takiém zmięszaniu skutków z przyczynami uważać należy za jednostronne. Tyle tylko co do myśli zasadniczéj roztrząsanéj przez Dra R. sprawy. Przejdziemy teraz do pobieżnéj oceny metody, którą się autor ten posługiwał: lecz i tutaj zarzucić się daje literalnie toż samo, o czém już powyżéj wspomnieliśmy, z tą tylko różnicą, że tutaj jeszcze bardziéj uderza jednostronne ograniczenie się wymiarami główki dziecięcéj, bez uwzględnienia okoliczności zależnych od organizmu matki, a mających wpływ na rodzaj położenia płodu. W ten sposób zostały usunięte z pod rozbioru nadzwyczaj ważne wpływy, jakoto: kształt macicy, jéj zbitość, obszerność, kształt miednicy, ilość poprzednich połogów, wiek matki, przedwczesność porodu itd.; a przez usunięcie tak ważnych czynników, w skutek wadliwego postawienia sprawy i wynikającéj ztąd wadliwości saméj metody, wyniki téj mozolnéj pracy straciły bardzo wiele na wartości. Autor sam wyraża zdziwienie, że nie znalazł w literaturze ani jednéj odpowiedzi na pytanie, które właśnie treść jego pracy stanowiło. Nie ma w tém jednak nic dziwnego, gdyż pomimo ogromnego bogactwa literatury położniczéj, nikt jeszcze dotychczas nie zapatrywał się z tego punktu widzenia na sprawę powstawania położeń płodu.

Już dla samego tylko braku miejsca zmuszeni jesteśmy ograniczyć się do tych kardynalnych zarzutów, nie wchodząc bliżéj w szczegółową ocenę pojedynczych wywodów pracy Dra R., gdyż to pociągnęłoby za sobą zbyt rozwlekłą rozprawę. Uważamy jednak to, co zostało powiedzianém za dostateczne dla wyjaśnienia naszego poglądu na sprawę wpływów i skutków położeń płodu. Stoimy tutaj na zupełnie przeciwnym punkcie widzenia aniżeli Dr. Rubinstein; wyniki jego mozolnéj pracy do przekonania naszego trafić nie mogą. Nie chcemy jednak, ażeby nas fałszywie pojęto: nie mamy wcale na myśli tego, że kształt główki **nigdy** nie wpływa na rodzaj położenia. Byłoby to z naszéj strony nierozwagą wygłaszać taką zasadę. Są wypadki, są chwile, kiedy kształt główki odgrywa taką rolę; dzieje się to jednak nader rzadko. W ogóle zaś wpływ kształtu główki jest wobec innych ważniejszych czynników tak mało znaczącym, że w rachubę wzięty być nie powinien.

Powyższe uwagi nasze są nieco spóźnione; wynikło to ztąd, że rozprawy Dra R. nie czytaliśmy, i dopiero wpadła nam w ręce w ostatnim czasie, kiedy przypadło nam napisać sprawozdanie do *St. Petersburger med. Wochenschrift.* Hołdując zasadzie: lepiej późno jak nigdy, ułożyłem te moje uwagi w interesie prawdy i nauki.

III. Kazuistyka lekarska w Turcyi.

Zebrał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 28).

Po téj wzmiance o łagodnych stanach chorobowych skóry właściwych kobietom, uwydatnię teraz leczenie cierpień bardziéj tu pospolitych. W téj kategoryi na pierwszém miejscu wypada zacytować świerzb, spotykany najczęściéj pośród mieszkańców Wschodu bez różnicy ich socyjalnego stanu lub narodowości. Dzielimy go tu na dwie odmiany, jednę właściwą prowincyjom północnym, drugą zaś spotykaną na południu. Pierwsza zwana pospolicie „Ujuz," cechuje się łagodnością wyrzutów skórnych, podczas gdy druga, zwana „Kurab," jest cierpieniem wyłącznie panującém pośród Kurdów i Arabów i charakteryzuje się wyrzutem krostowym, bardzo znacznemi, głębokiemi bruzdami, niezwykłą zaraźliwością i uporem na działanie najbardziéj energicznych środków leczniczych. Odmiana ta została przeniesioną do prowincyj południowych Turcyi przez Persów i Indyjan, przybywających jako pielgrzymi do Nedżefu i Kerbeli. Stósownie więc do tych odmian i leczenie rozpada się na dwa działy. Racyjonalnym celem leczenia jest działanie najprzód przeciwko samemu wyrzutowi, a następnie zniszczenie owadu. Że zaś o istnieniu tego ostatniego chorzy zwykle nie wiedzą, lub jak Arabi, przechowując w tradycyi zdanie Awenzoara, nie przypisują obecności pasorzyta żadnego znaczenia, więc też i ich swojskie leczenie ogranicza się do jednoczesnego działania przeciw ogólnym pojawom chorobowym. Liczba więc środków ludowych jest tu bardzo znaczną; i mogę powiedzieć, że w żadném cierpieniu terapija miejscowa nie jest tak bogatą, jak właśnie w świerzbie. Ze wszystkich wszakże leków największą rolę odgrywa tu siarka, z powodu jéj ceny dla każdego dostępnéj, a niemniéj téż i z niezaprzeczonego wpływu, jaki wywiera na przykry ten stan chorobowy. Siarka téż bywa tu używaną naprzód do nakadzań, a następnie zmięszana z naparem liści tytoniowych i tłuszczem szkopowym służy do nacierań, lub téż kawałki jéj włożone do pewnéj ilości wody wawrzynośliwowéj, bywają następnie sproszkowane i wkładane do kąpieli. Niemałą rolę odgrywają tu także kwasy siarkowy i azotowy rozpuszczone w wodzie lub dodawane do naparu z korzeni i łodyg *Plumbago dentaria*, *Staphisagria* lub *Cicuta*. Oliwa, nafta, proszek z jagód jałowca, bardzo słone i zepsute masło, stósują także

w okolicach środkowéj Anatolii. W Macedonii prócz siarki i kwasów mineralnych ludność używa także łodyg i korzeni z *Clematis vitalba*, których odwar miesza z pewną ilością zjełczałéj oliwy, i używa do bardzo energicznych wcierań, wcale nieuważając na stan wyrzutu skórnego. Nieco odmiennym jest sposób leczenia świerzbu przez mieszkańców południowéj Mezopotamii. Tutaj chlorek wapna i siarkan zynku obok soku z łodyg *Cucumis colocynthis*, odgrywają największą rolę. Tym ostatnim naciera się naprzód zajęte cierpieniem powłoki, czeka się aż do chwili wyschnięcia, co zwykle następuje po paru godzinach, i następnie całą powierzchnię naciera się suchym chlorkiem wapna, którego pewna ilość pozostaje w zetknięciu ze skórą. Jestto bardzo energiczny sposób leczenia, któremu tylko Arab lub Kurd są w stanie się poddać. Pomimo jednak całéj wytrwałości chorych i używania środków drażniących choroba ustępuje tylko w rzadkich przypadkach. Gdyby bowiem dotknięci świerzbem, po zastósowaniu nieomylnych leków, mieli zwyczaj udania się do łaźni, to być może, że skutek leczenia byłby daleko pewniejszy. Kąpanie się jednak bywa wzbronione. Podrażniony tylko lecz niezniszczony owad nie przestaje swego działania i wtedy to zniecierpliwiony chory zwykł szukać pomocy i pośrednictwa jakiegoś znawcy. Łatwém bywa zadanie tego ostatniego, gdy się znajduje w mieście, lub co lepsza, gdy jest w stanie umieścić chorego w szpitalu. Tutaj bowiem można dopilnować leczenia ograniczonego czy to na jeden dwa lub trzy dni, czy téż wymagającego dłuższego czasu z powodu występujących powikłań. Tak upowszechniony sposób leczenia prof. Vleminxa i maść Helmericha, z koniecznem zastósowaniem kąpieli parowych, sąto środki, które i w praktyce wschodniéj zawsze zatryjumfowały nad świerzbem, w jakiéjby odmianie tenże nam się nie przedstawiał. Trudniéj było załatwić kwestyję z odzieżą. Żołnierz w szpitalu po wzięciu kąpieli otrzymywał czystą bieliznę. Lecz uboga klasa mieszkańców, jak już wiemy, zrośnięta niejako ze swą odzieżą, tylko z trudnością zgadzała się wdziać na się czyściejszą jakąś szatę, pomimo wszelkich przedstawień, że zmiana ubrania jest środkiem bardzo wspierającym przebyte leczenie. Trudność podobna jest jeszcze większą, gdy mamy do czynienia z kobietami tureckiemi. One bowiem wypróbowawszy najrozmaitszych środków, czy to prostych jak siarka i kąpiele, czy téż bardziéj wyszukanych, jak np. sok z liści oleandra, maść zarobiona z miąższem liści z *Agava americana*, rozczyn dwuchlorku rtęci, lub rozmaite wonne i drogie pomady, wtedy tylko szukają pomocy lekarza gdy cierpienie skórne przybierze znaczne rozmiary, a żyjątko będące przyczyną zaryje się w bardzo głębokie bruzdy. Jeżeli te ostatnie uda się nam rozedrzeć za pomocą stósownych wcierań i mydlanych kąpieli, to następne zastósowanie maści Wilkinsona z dodatkiem do niéj paru aromatycznych olejków lub naftol i naftalina w największéj liczbie przypadków podołają zaniedbanemu zwykle cierpieniu. Wyszukać jednak bruzdy pasorzyta to rzecz trudniejsza, jakby się zdawało u naszych pięknych pacyjentek, jakkolwiek uskarżających się na nieznośne cierpienie, to jednak tylko z trudnością zgadzających się poddać wyszukaniu jego przyczyny. To téż i w wyborze środków przeciwko świerzbowi lekarz tutejszy bywa zmuszony uwzględnić stan socyjalny i temperament swych chorych, oraz i formę samego cierpienia. Robotnika lub żołnierza zwykliśmy tu leczyć szybko, stósując środki znane ze swéj energii. Chorych z klasy wyższéj leczymy powolniéj i środkami daleko łagodniejszemi. U kobiet i dzieci zwykłe dawki mających się stósować leków zmniejszamy do połowy lub jednéj trzeciéj, przenosząc powolne lecz pewne ich działanie nad pośpiech i mogące wystąpić powikłania. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie Dra Straussa i Roux **o cholerze w Tulonie.**

Czytelnicy Przeglądu niezawodnie pamiętają nazwiska obu sprawozdawców, jako towarzyszy naukowéj wyprawy Pasteura do Egiptu w roku zeszłym; tegoroczne ich badania w Tulonie są ciągiem dalszym pracy rozpoczętéj w Aleksandryi; na posiedzeniu Akademii lekarskiéj w Paryżu d. 5 bm. przedstawił Dr. Strauss w imieniu własném i Dra Roux wyniki kilkotygodniowych badań cholery w Tulonie. Pierwsza sekcyja, powiada Dr. Strauss, przekonała obu badaczy, że mają do czynienia z temi samemi zmianami, które spostrzegali w Egipcie. Już w Egipcie usiłowali oni wynaleść w błonie jelit drobnotwór swoisty. Skrawki jelit cienkich, stężone zamoczeniem w wyskoku, i zabarwione błękitem metylenowym wykazywały w błonie śluzowéj i przewodach gruczołowych obfitą ilość rozmaitych drobnotworów; najliczniéj widziano prątki różnego wejrzenia i niejednakich rozmiarów; lecz wyniki te nie doprowadziły badających do nabrania przekonania o przyczynach cholery. W Tulonie pp. Roux i Strauss przedsięwzięli te same poszukiwania, a chociaż im znane były twierdzenia Kocha, nie byli oni w możności zmienić swego zapatrywania nabytego w Egipcie. W błonie śluzowéj wielu chorych na cholerę znajdują się różne twory, zwłaszcza w postaciach przewłocznych téj choroby; w przypadkach gwałtowniejszych ilość ich o wiele jest mniejszą, a w przypadkach piorunujących nie było możebném wykazać ich obecności, pomimo że technika badania Kocha i Straussa, co do zabarwiania, była ta sama. A zatém są przypadki i to najgwałtowniejszéj cholery, w których w błonie śluzowéj i w jelitach nie znajdują się drobnotwory. Po za obrębem tych rzadkich przypadków znajdywano zawsze obfitą ilość rozmaitych drobnotworów, z których (należy przypuścić) prątek przecinkowy Kocha, niezawodnie odgrywa najznaczniejszą rolę chorobotwórczą, lecz wśród wielkiéj obfitości odmian drobnotworów nic stanowczego powiedzieć się nie da. Koch przedsięwziął ze skutkiem kulturę przecinkowego prątka, i zbadał jego warunki bijologiczne, lecz z téj pięknéj pracy niepodobna wyciągnąć wniosku, że prątek przecinkowy jest tworem wywołującym cholerę, i dopóki prątki kultywowane po zaszczepieniu nie wywołają cholery, twierdzenie Kocha pozostanie nieudowodnioném. Nie mogąc złożyć dowodów bezpośrednich, Koch uciekł się do rozumowania, i wyzyskiwał fakt, że prątek przecinkowy nigdy nie był spostrzegany w innym narządzie i w innéj chorobie, tylko w jelitach i w cholerze. Lecz sam kształt przecinka nie może cechować z całą niezawodnością twór choleryczny: Dr. Maddore odfotografował prątka przecinkowego, którego wykrył w zbiorniku wody; Dr. Malassez pokazywał sprawozdawcy kilka prątków przecinkowych, które wykrył w wydalinie dyzenterycznéj; sprawozdawca znalazł je u dwóch kobiet w śluzie pochwowym.

Jeśli prątek przecinkowy jest istotną przyczyną cholery,

to przebywając tylko w jelitach, w których on w przypadkach nagłych nawet nie zajmuje błony śluzowéj, przynajmniéj w sposób znaczący, przypuścić chyba należy, że dla wywołania tak nagłych i tak rozległych zmian w organizmie, wydziela on jakiś zaczyn, może rodzaj ptomainu, słowem jakąś ciecz trującą, która będąc wessana, sprowadza objawy cholery. Należałoby więc z kultury, w któréj żyły prątki, wyciągnąć ten płyn trujący, a jeśliby on wywołał u zwierząt objawy cholery, wtenczas sprawa zostałaby rozstrzygniętą.

Tak w Egipcie jak i w Tulonie sprawozdawcy stwierdzili we krwi chorych na cholerę bardzo drobne ciałka mające pozory drobnotworów; przekonali się oni, że powstawały one w skutek swoistych zmian hemoglobinu. (*Le Progrès médical* Nr. 32). *Dr. Kwaśnicki.*

B. Anrep i A. Poehl: **O ptomainach i znaczeniu tychże dla medycyny sądowéj.** (Petersburg, 1884, str. 29, w 8ce).

Z dnia na dzień zyskują ptomainy na znaczeniu dla medycyny sądowéj, rozprawka przeto powyższa jest rzeczywiście pożądaną. Autorowie zestawili nietylko odnośną literaturę, lecz z uwzględnieniem własnych spostrzeżeń i badań wysnuwają wnioski następującéj treści:

1. Wśród spraw gnilnych, fermentacyi i wielu innych zmian chemicznych niedających się bliżéj określić, którym podlegają istoty białkowe powstają ciała podobne składem do alkaloidów — ptomainy.

2. Liczba ptomainów jest dosyć znaczna, a własności ich chemiczne, fizyczne i fizyjologiczne bardzo rozmaite.

3. Znamy ptomainy lotne i nielotne, płynne, krystaliczne i bezpostaciowe, a największa część ptomainów płynnych, znanych dotąd nie zawiera w swym składzie tlenu tak jak płynne alkaloidy roślinne.

4. Prawie wszystkie ptomainy barwią lakmus niebiesko, a syrup fijołkowy zielono.

5. Podobnie jak alkaloidy łączą się one z kwasami tworząc sole, a połączenia te odbywają się bez wydzielenia się wody.

6. Pod względem rozpuszczalności zachowują się również podobnie jak alkaloidy; niektóre rozpuszczają się we wodzie, inne w eterze, wyskoku, benzynie, chloroformie itd. Sole ptomainów są łatwo rozpuszczalne we wodzie.

7. Niektóre z nich są bez woni i smaku, inne mocno gorzkie, wydają woń słodkawo-aromatyczną, woń koniinu, nikotynu lub woń zgnilizny. Połączenia z kwasami wydają czasem woń kwiatów polnych.

8. Ptomainy uzyskane przez poddanie fermentacyi mąki żytnej okazują ogólne oddziaływania takie same jak inne ptomainy, a mianowicie: rozczyn jodku potasu w dwujodku rtęci sprawia w rozczynach zakwaszonych kwasem solnym, osady białe. Osady te badane drobnowidowo po 24ch godzinach przedstawiały się jako drobne graniastosłupy. Rozczyn jodu w jodku potasu sprawia obłoczkowate lub drobnoziarniste osady barwy ciemno-czerwono-brunatnéj, nierozpuszczalne w rozcieńczonym kwasie solnym. Rozczyn fosforomolibdenijanu sodowego sprawia osady żółte, pod drobnowidem bezpostaciowe, nierozpuszczalne w rozcieńczonym kwasie azotowym. Po dodaniu amoniaku w nadmiarze barwi się osad najprzód zielono-niebiesko, rozpuszcza się, przybiera wreszcie barwę niebieską lub zieloną. W pierwszych okresach rozkładu gnilnego występuje zazwyczaj barwa niebieska, późniéj otrzymuje się barwę zieloną. Rozczyn kwasu fosforowolframowego, przygotowany według wskazówek Scheiblera, sprawia osady białe lub szarawe, nierozpuszczalne w rozcieńczonych kwasach siarkowym i solnym; osady te rozpuszczają się łatwo w amoniaku. Garbnik sprawia osady białe, które nie tworzą się wobec kwasu winowego. Rozczyn jodku potasu z jodkiem bizmutowym sprawia po dodaniu kwasu siarkowego rozcieńczonego osady żółtawe. Po ogrzaniu rozpuszcza się część osadu, lecz wydziela się znowu po ostygnięciu. Rozczyn jodku potasu z jodkiem kadmowym sprawia czasem osady rozpuszczalne w nadmiarze odczynnika; osady te krystalizują się po pewnym czasie. Rozczyn sublimatu sprawia osady krystaliczne, czasami jednak nie oddziaływają ptomainy na ten odczynnik. Chlorek platynowy sprawia osady krystaliczne rozpuszczalne w kwasie solnym; niektóre jednak z tych ciał nie tworzą osadów.

9. Ptomainy należą prawdopodobnie do ciał optycznie obojętnych, dla tego należy wśród badań sądowo-chemicznych i na tę okoliczność zwrócić uwagę.

10. Zachowanie się przy badaniu spektralném bywa rozmaite, dla tego i tego sposobu należy użyć celem porównania z alkaloidami roślinnemi.

11. Wśród badań sądowo-chemicznych tego rodzaju jest najlepiéj unikać zupełnie kwasu siarkowego i użyć zamiast niego kwasu winowego, zakwaszenie tym kwasem jest odpowiedniem do wyciągnięcia ptomainu. Dalsze czynności np. kłócenie najlepiéj jest przedsiębrać według metody Dragendorffa, jak to wykazały doświadczenia Graebnera. (*Beitraege zur Kenntniss der Ptomaine.* Dorpat, 1882).

Dr. Schaitter.

Musso: **O zmianach szerokości źrenicy u epileptyków.**

Dotychczasowe spostrzeżenia nad zmianami szerokości źrenicy u epileptyków różnią się bardzo znacznie. Gray twierdzi, że źrenice bywają u nich szersze aniżeli u osób zdrowych, Marie zauważył rozmaitą szerokość obu źrenic, a Moeli spostrzegł, że oddziaływanie źrenic występuje szybciéj aniżeli u zdrowych. Autor badał za pomocą metody Follina 70 cierpiących padaczkę, chcąc tym sposobem wyjaśnić kwestyje sporne. Chodziło mu o rostrzygnięcie, czy nadmierna szerokość źrenic jest charakterystycznym objawem u epileptyków i w jakim stosunku napotyka się u tych chorych nierówność obu źrenic. Chorzy badani przedstawiali wszyscy zboczenia umysłowe na tle padaczki, a rezultatem badań było, że przy miernem oświetleniu szerokość ich źrenic wynosiła 3 do 4 mm., tak samo jak u osób zdrowych w podobnych warunkach. Tak tedy nie można uważać nadmiernego rozszerzenia źrenic za objaw padaczki. Nierówność obu źrenic wykazał M. u 22·8% badanych chorych i to przeważnie u cierpiących zboczenia umysłowe.

Aby dojść zachowania się źrenic względem napadów drgawek badał autor 20 chorych codziennie w godzinach rannych przez miesiąc. U 12 z tych chorych spostrzegał różnicę w rozmiarach źrenic, zauważył równie, że z wystąpieniem téj różnicy pojawiały się napady drgawkowe. U tych dwunastu chorych było w tym miesiącu 59 napadów, a 53 razy poprzedzała napad nierówność źrenic; 42 razy znikała ta nierówność po napadach, w 11 utrzymywała się stale. Badania co do szybkości oddziaływania źrenic nie doprowadziły do zgodnych rezultatów, u jednych bowiem nie różniło się oddziaływanie od stanu prawidłowego, u innych występowało raźniéj, to znów późniéj niż u ludzi zdrowych. (*L'Osservatore, gazzeta delle cliniche* Nr. 12). *Dr. Schaitter.*

Wiadomości pomniejsze.

(I. S.) **O działaniu gorąca na jad wrzodu miękkiego** mówił Aubert na posiedzeniu Akademii lekarskiéj w Paryżu. Doświadczenia przedsiębrane w tym kierunku przez Dra Lormanda w Hôpital de Lourcine przekonały, że jednorazowe działanie 39° do 40° przez kilka godzin niszczy jadliwość wrzodu miękkiego, który przybiera wejrzenie zwykłego owrzodzenia, nie może być już przeszczepionym i goi się nader szybko. Chcąc dojść do tych rezultatów stosowano u kilkunastu chorych kąpiele nasiadowe o 39° do 40° trwające kilka godzin zrzędu. Podobnie działała ta ciepłota na otwarte ropnie gruczołów pachwinowych, na nieotwarte nie wywierała jednak żadnego wpływu.

(A. K.) **Czy należy operować osobę w ciąży?** Zapytanie to uczynił Dr. Larget paryskiemu chirurgicznemu Towarzystwu na posiedzeniu 16 lipca, a to z powodu choréj będącéj w ciąży i cierpiącéj na raka sutka z owrzodzeniami, które krwawiąc, wycieńczały chorą. Trélat, Polaillon, Terillon, Geuniot i Verneuil oświadczyli się za operacyją i wypowiedzieli zasadę, że jeśli operacyja nie może być odłożoną, ciąża nie powinna być przeszkodą do jéj wykonania. (*La Sem. med.* z 24 lipca).

(A. K.) **Chirurgiczne leczenie zapalenia błony stawomaźnéj kolana (Synovitis).** Barwell opasuje w tym celu kolano tęgą elastyczną taśmą, pozostawiając przestworek wolny od wewnątrz przy górnym brzegu rzepki, w który wbija bądź igłę aspiratora, bądź zwykły cienki trójgraniec. W miarę upływu cieczy operator naciska rzepkę, ażeby zapobiedz dostaniu się powietrza, a następnie po usunięciu przyrządu kładzie na rankę kawałeczek przylepca, pomazuje terpentyną, a na końcu kolodijonem. Wreszcie owija kolano dla ucisku paskami przylepca i układa odnoge w szynie. Ból ustaje natychmiast, ciepłota opada i prawidłowy stan zdrowia wraca po 10—14 dniach. (*The Lancet*, 7 czerwca).

(A. K.) **Zjawiska nerwowe w ospie** opisał Quinquaud (*L'Encephale* Nr. 1). Z zestawienia przypadków znajdujących się w literaturze, oraz z własnego spostrzegania, dochodzi autor do następujących wyników: 1) w przebiegu ospy wydarzają się omamy słuchu i wzroku z objawami znacznego pognębienia duchowego; 2) spostrzegano przypadki znieczulenia lub przeczulicę, a czasem i porażenia ruchowe; 3) zdarzają się również przypadki niezborności, wyrażające się zboczeniami mowy, trzęsieniem głowy, niezbornymi ruchami kończyn, przy zachowaniu czucia i siły mięśniowéj. Objawy te są długotrwałe, lecz zazwyczaj kończą się pomyślnie.

(γ) Statystykę chorób usznych opracował Dr. Bürkner w Getyndze. W badaniach swoich doszedł on do następujących wniosków: 1) najczęstszemi przyczynami chorób usznych są zaziębienia, katary nosa i organów oddechowych, jakotéż choroby zakaźne gorączkowe; — 2) osobnicze usposobienie do chorób usznych wzrasta od urodzenia do roku 40 życia, a następnie się zmniejsza; — mężczyźni zapadają częściéj niż kobiety, i to prawie w stosunku jak 3 do 2; 4) z ogólnych chorób usznych przypada na ucho zewnętrzne 25%, na ucho środkowe 67% a na wewnętrzne 8%; — 5) lewe ucho podlega częściéj chorobie niż prawe i to w stosunku jak 5 do 4; — 6) choroby ucha środkowego z gorączką przypadają rzadziéj w lecie i w jesieni niż na wiosnę i w zimie; — 7) z ogólnych chorób usznych leczonych w poliklinice zostaje wyleczonych 53%, doznaje polepszenia 40%, nieuleczonych bywa 7%, a tylko 3 procent kończy się śmiercią, ta ostatnia następuje zazwyczaj w skutek przyplątania się innéj ciężkiéj choroby. Jako środek ochronny służy czystość i zahartowanie się przez zimne obmywania. Najniezawodniejszym zaś środkiem sprowadzenia choroby jest noszenie podczas zdrowia i zupełnie ciepłego dnia bawełnianych zatyczek. (*Gesundheit*, 1884, Nr 7.)

V. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu.

Sprawozdanie Dra Kwaśnickiego.

VII.

(Dokończenie. Patrz Nr. 33).

Wycieczka do Gniezna, Inowrocławia i Kruszwicy.

Pomimo nadzwyczajnego znużenia fizycznego i pewnego wyczerpania energii duchowéj, skutkiem przebytéj trzydniowéj pracy i doznania mnogich a silnych wrażeń, sama myśl zwiedzenia kolebki naszego narodu krzepiła siły, zapalała wyobraźnię. Nie brakowało też nikogo, nawet panie nie spóźniły się, kiedy rano 5go czerwca uderzyła 6ta godzina, o któréj pociąg umyślny miał wyruszyć z poznańskiego dworca. Uczestników wycieczki było 300 osób; o godzinie 7éj byliśmy w Gnieźnie, gdzie licznie zebrane obywatelstwo powitało nas głośnemi okrzykami, a muzyka narodowemi melodyjami czeskiemi i polskiemi. W sali dworca Dr. K. Krasicki wygłosił powitalną mowę imieniem obywateli miasta i okolicy; poznaliśmy tu członków miejscowego komitetu: Dra Chełmickiego, Dra Wieczorka, p Wierzbickiego i hr. St. Żółtowskiego, którzy z całą polską serdecznością ugościli nas przekąską, a następnie w powozach dostarczonych przez obywatelstwo gnieźnieńskie udaliśmy się dla zwiedzenia miejscowéj katedry. Pomimo ubogiego jéj stanu, katedra gnieźnieńska zawiera wielkie bogactwa dla archeologa, budowniczego, historyka, a wreszcie dla każdego światłego człowieka i dla serca każdego polaka. Wikaryjusze miejscowi z całą uprzejmością oprowadzali zwiedzających po licznych kaplicach, zakrystyi, skarbcu itd., objaśniając wszystkie wybitniejsze szczegóły, a ku końcowi zwiedzania rozległ się śpiew starodawnéj bojowéj pieśni: Boga Rodzica, wykonany przez miejscowych księży i wielu z uczestników wycieczki. Śpiew ten poważny i silny wywarł głębokie wrażenie na słuchaczach, między którymi było wielu takich, którzy téj pięknéj pieśni nigdy nie słyszeli. Z serca też dziękowano komitetowi i duchowieństwu za tę rzewną i poważną niespodziankę. Z katedry powrócono na dworzec, gdzie w imieniu uczestników wycieczki prof. Szokalski wyraził komitetowi i mieszkańcom szczerą wdzięczność za doznaną gościnność. O godz. 10½ byliśmy w Inowrocławiu: na dworcu licznie zebrani obywatele okoliczni powitali przybywających; muzyka grała marsz narodowy, a Dr. Rakowski w imieniu Kujaw powitał gości okolicznościowym wierszem. Następnie skierowano gości do Zakładu kąpielowego i kopalni soli; przestrzeń tę przebyto w 80 powozach, między którymi były wielkie gospodarskie wozy umajone zielenią i wyglądające jak ruchome ogrody. Po zwiedzeniu powyższych zakładów i krótkim wypoczynku, puszczono się w drogę do Kruszwicy. Jak step ukraiński rozlegała się przed nami piękna równina kujawska; ziemia wzorowo zagospodarowana, wyrobiona jak grzęda ogrodowa, obarczona zbitym i bujnym plonem; na widnokręgu zwierciedlą się liczne jeziora połączone kanałami, stanowiącemi główną drogę komunikacyjną bogatych Kujaw; lud rosły, silnéj budowy, wesoły i zadowolniony z wejrzenia; tak się nam przedstawiła ziemia kujawska

z jéj ludem stanowiącym najzdrowszy pierwiastek społeczno wieśniaczy, jakiego napróżno by było szukać w reszcie Polski.

Po zwiedzeniu starodawnéj katedry, którą odnoszą do czasów Dąbrówki, udaliśmy się pod myszą wieżę, gdzie po wysłuchaniu hymnu narodowego, p. Moszczeński powitał przybyłych u stóp wieży, czyniąc bardzo trafne i bardzo dodające siły moralnéj aluzyje do stanu rzeczy w społeczeństwie kujawskiém. Statek parowy przewiózł uczestników na wyspę goplańską, gdzie pod namiotami zasiedliśmy do uczty, a była to uczta dla ciała i dla ducha. Lud kujawski okolił biesiadujących, dając dowody miłości dla braci, która gniazdo i kolebkę Polski z różnych stron ojczyzny naszéj nawiedziła. Pierwszy toast wniósł Dr. Rakowski wierszem; po nim przemawiali prof. Szokalski, prezes Majer, poseł Brzeski, ks. Dr. Kantecki, p. Dobrowolski, p. M. Kozłowski, p. T. Kozłowski, Dr. Czarda (z Pragi), hr. Engestroem itd. Z ludu przemawiało kilku; mieliśmy prawdziwą rozkosz słyszeć lud umiejący przedewszystkiém dobrze mówić, a jednocześnie dobrze myśleć i szlachetnie czuć. Niezawodnie przodownicy Wielkopolski mogą się poszczycić skutecznością swych zachodów około oświaty kmieci; oświata ta, tak gdzieindziéj wypaczająca zdrowe wyobrażenia, w Wielkopolsce utrwaliła tylko stare cnoty, poczucie obowiązku, poszanowanie własności, pracowitość i oszczędność. Silny fizycznie i moralnie, zadowolniony z swego zamożnego bytu, piersią swoją, wiernością zasadom zasłania kmieć wielkopolski zachwiany posterunek na zachodnich granicach kraju swego. Zimny i niedowierzający w innych stronach Polski, lud kujawski zdolny jest dać się porwać szlachetnemu uniesieniu: w Kruszwicy nietylko podzielał on ogólny zapał, ale szczerością swych uczuć budził go. Wśród takiego nastroju zabrał głos p. Kościelski, ażeby wnieść zwyczajowy toast kochajmy się; przemówienie to, jako niezwykłe pod względem krasomówstwa i treści czujemy się w obowiązku przytoczyć:

„Od chwili, w któréj pokłoniwszy się szacownym szczątkom popielowéj wieżycy,—zasiedliście wraz z nami za tym biesiadnym stołem, słyszeliście wiele serdecznych i gorących słów, więcéj niż słów: bo przy takiéj uroczystości jak nasza dzisiejsza—słowo, to ziarno, które wzejdzie, to siejba, która wybuja — słowo takie, — to czyn! Powitano was z pucharem syconego piastowskiego miodu w dłoni, słowami tak rdzennie polskiemi, jak rdzennie polskim jest ten zakątek naszéj prastaréj ziemicy, — uczczono w was przedstawicieli naszéj nauki, bo słuszném jest aby się lemiesz księdze pokłonił;— wymieniono wiele serdecznych wyrazów, zestrzelono serca i spleciono dłonie, i oto zbliżyła się chwila wypełnienia poruczonego mi przez moich współziemian zadania: abym te wszystkie serdeczne braterskie dźwięki połączył i powiązał, abym te wszystkie rozpierzchłe, a przecież tak pokrewne tony zlał w harmonijny, końcowy akord pożegnania.

Nie potrzeba być biegłym kontrapunkcistą, aby się z zadania tego wywiązać. Wszakże wszystkie dzisiejsze przemówienia były tylko niejako waryjacyjami na jeden i ten sam temat, obrobieniem indywidualném jednéj i téj samej melodyi, dawno nam znanéj i zawsze nam drogiéj; — były jakoby pojedyńczemi zwrotkami jednéj wzniosłéj pieśni, niespożytéj symfonii braterskiéj miłości. Aby je zespolić i powiązać, potrzeba tylko sięgnąć do serca, w którém się już one wszystkie w harmonijną całość ulały, a raczéj otworzyć serce i poprosić was, abyście posłuchali czém ono gra: będzie to zgodny chorał tych wszystkich tonów, które dzisiaj po strunach serc naszych dźwięczały.

Tak jest, szanowni goście, — a raczéj nie goście, jeno najserdeczniejsi bracia nasi,—żądza wrażeń wodzi po alpejskich szczytach, żądza wiedzy po muzeach i zbiorach europejskich stolic—Was, do stóp téj sierocéj ruiny wiodła tylko miłość. Miłość to sprawiła, że po mozołach i trudach naukowych badań i dociekań ujęliście kij wędrowny w dłonie, aby odbyć tę pątniczną pielgrzymkę do kolebki narodu, — i miłość to sprawiła, żeśmy wyszli naprzeciw Was, powitali Was naszym kujawskim chlebem i naszą kujawską solą, żeśmy ujęli dłonie Wasze i wiedli Was wzruszonych pod te święte mury, aby wespół z Wami ukorzyć czoła i serca nasze przed tym szczątkiem zamierzchłéj świetności, przed tym symbolem rozpadającéj się w gruzy obecnéj doby, — przed tą rękojmią sterczącéj wiecznym protestem niespożytości naszéj.

Po takiem uroczystém nabożeństwie narodowego ducha u stóp naszéj wieżycy—wspólna uczta, istne życie wyznawców świętéj sprawy zespoiła nas znowu. Przełamaliśmy chleb naszéj czarnéj gleby, i spożyliśmy go społem: to nie uczta, to jeszcze nabożeństwo! A rytualna nasza biesiada ma tutaj właśnie w Kruszwicy głębokie historyjozoficzne znaczenie. Tutaj bowiem, właśnie w zawiązkach naszych dziejów dokonał się fakt tak doniosły, że dzieje ludzkości przez całe tysiąclecie snuć musiały przędziwo, zanim nam podobny przy schyłku przeszłego stulecia w całéj pełni okazać mogły: tu się dokonał tryumf osobistéj zasługi nad odziedziczoném prawem. Na popielowym stolcu zasiadł prosty kołodziej. Z hasłem takiéj podniosłéj ludowéj idei wkroczył naród polski w podwoje dziejów ludzkości.

Dzisiaj, gdy za grzech odstępstwa od swego świętego hasła pokutuje naród, gdy jako służebna wyrobnica nawet wynikami swéj własnéj pracy zbogaca tylko zdobycze swych panów,—zbieracie się wy, szafarze naszych duchowych plonów, na tém samém miejscu, na którém ongi Piast z miłości do narodu zgłodniałym rzeszom swoje zapaśne otworzył śpiżarnie—i zebraniem waszem stwierdzacie ciągłość naszych ideałów. Bo jak niegdyś wdzięczny naród skromnego Piasta na czoło swoje postawił, tak i dzisiaj, na czele narodu nie błyszczą już karmazynowe strzępy dziedzicznych opończy, ale kroczycie bespornie wy, piastunowie naszych duchowych zasług, przedstawiciele nauki, a więc i życia narodu. Dynastyja to nieśmiertelna, bo odżywiająca się ciągle z najrdzenniejszych soków narodowego organizmu.

Niosę wam więc w imieniu moich kujawskich współziemian serdeczne staropolskie „Bóg zapłać,“ za to żeście przybyli, Bóg zapłać, żeście nie pogardzili naszym chlebem, oblanym łzami, Bóg zapłać za to, że nas, śród stęchlizny naszych ponurych ciemnic z przybyciem waszem, jakoby przez otwarte drzwi powiew świeżego powietrza ogarnął. Daliśmy wam wszystko, na co nas stać było, to jest bratnie, szczere serca nasze,—pokazaliśmy wam całe nasze bogactwo— oto tę rozpadłą ruinę.

Ale z téj ruiny wieje wielka siła, i każdy z was jéj cząstką pokrzepion odejdzie, bo ztąd poszło nasze życie, bo to wspólna kolebka, wspólna matka nasza, a wszakże za dotknięciem matki olbrzymom siły przyrasta.

Lecz zanim ostatnią pożegnalną libacyją rozlejemy na naszym domowym ołtarzu, u stóp naszéj wieżycy, zanosimy jeszcze do was gorącą prośbę:

Niechaj usta wasze, donośne usta przodowników naro-

du rozniosą po wszystkich kraju zakątkach tę wieść pełną pociechy, żeście tu około naszéj myszéj wieży, około téj prastaréj arki narodowych świętości znaleźli zwartą garstkę szermierzy, którzy za przykładem Katona umiłowali sprawę zwyciężoną, mimo że bogowie sami uśmiechają się do zwycięzców, że ta garstka stoi twardo około świętości swoich, walczy do końca i kocha do końca, a gdy się przerzedzi, to się silniéj zewrze, a gdy z sił opada, to się miłością krzepi.

Niczego też w téj rozpaczliwéj walce nie wygląda jeno posiłków bratniéj miłości, a przedewszystkiem poczucia wspólności z tymi, którzy niosą przed narodem oświaty kaganiec.

Kochajcie nas więc dla naszéj walki, dla naszych zapasów, jak my was kochamy dla waszych badań, dla waszych ślęczeń, dla waszych duchowych zdobyczy. Kochajmy się społem we wszystkiem, co nam święte. Kochajmy się w boleści naszéj, kochajmy się w nadziejach naszych. Kochajmy się przy księdze i przy lemieszu. Kochajmy się dla naszéj wspólnéj przeszłości, kochajmy się dla naszych wspólnych, tak pięknych ideałów, kochajmy się wszyscy, dla wszystkiego i we wszystkiem!"

Po tém przemówieniu p. Kościelskiego wśród burzy oklasków zagrzmiało powietrze okrzykiem jakoby z jednéj wyrywającym się piersi: „Kochajmy się." Toast ten tak poruszył do głębi serca wszystkich i tak podniośle nastroił umysły, że trzeba było nakazać rozumowi, aby zapanował nad rozrzewnieniem. Cała ta uczta miała charakter nader poważny, podniosły a prawdziwie rodzinny. Obywatelstwo kujawskie, lud kujawski i wszyscy uczestnicy zbili się w jedno koło, tak że patrząc na to wszystko, widziałeś tylko jedną bratnią rodzinę.

O godzinie 8 zakończyła się uczta. Nastąpił powrót do Inowrocławia. W mieście niektóre domy iluminowano.

Na dworcu w imieniu uczestników Zjazdu podziękował prof. Dr. R o s t a f i ń s k i Komitetowi kujawskiemu za wspaniałe, serdeczne, pełne gościnności przyjęcie, a po nim raz jeszcze podziękował hr. Engestroem wymownemi, bo z serca płynącemi słowy, obywatelstwu kujawskiemu za gościnność.

W Gnieźnie znów licznie zgromadziło się obywatelstwo miejscowe i pozamiejscowe dla pożegnania uczestników Zjazdu. Muzyka przez cały czas na peronie przygrywała narodowe melodyje. Gdy pociąg ruszył zabrzmiały ze wszystkich piersi okrzyki: Ż e g n a j c i e — d o w i d z e n i a!

O godzinie w pół do drugiéj nad ranem wszyscy powrócili do Poznania a o godzinie 4 byliśmy już w drodze do Krakowa, unosząc najserdeczniejszą wdzięczność dla organizatorów Zjazdu, dla Wielkopolan, i czuliśmy wszyscy, że przeżyliśmy piękny dzień w życiu naszém.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Z Krynicy otrzymaliśmy dokładną wiadomość o nowozaprowadzonym tam zakładzie hydropatycznym; pospieszamy podzielić się nią z naszymi czytelnikami.

Zakład ten wybudowany b. r. według planu Dra Z i e l e n i e w s k i e g o, lekarza rządowego w Krynicy, w d. 22 lipca oddany został do użytku chorych; jest on najświeższym ze wszystkich tego rodzaju ojczystych zakładów. Pomijając opis stosunków topo-hydro-klimatologicznych miejscowości wspomnionego zakładu, jako powszechnie już znanych, zaznaczymy tylko, iż zakład ten zajmuje oddzielny budynek mieszczący w sobie: *a)* Salę hydryjatyczną 13 metr. długą, 7,50m. szeroką, a 7,50m. wysoką, posiadającą cementowy basen 3,50 metr. szeroki, a 1.50m. głęboki; 16 różnorodnych ruchomych natrysków z dowolnie dającą się uregulować co do ciepłoty wodą; 4 metalowe ruchome wanny i tyleż naczyń do kąpiel nasiadowych, tudzież do kąpiel na nogi. *b)* Dwa gabinety, z których jeden zaopatrzony w sofy, służy do uskuteczniania obwijań w koce, a drugi gabinet przeznaczony do wykonywania mięsienia (*massage*). *c)* W oddzielnéj sali z hydryjatyczną bezpośrednio połączonéj znajduje się 8 gabinetów do rozbierania się dla pojedynczych osób, leczenia hydryjatycznego używających *d)* Nadto budynek hydropatyczny posiada dwie oddzielne salki, z tych jedna służy dla ordynacyi lekarskiéj, a druga dla administracyi zakładu. *e)* Oprócz tego budynek hydropatyczny ma oddzielne pomieszczenie urządzenia mechanicznego do grzania wody i jéj rozprowadzania, tudzież dwa pokoiki na pomieszkanie służby łaziebnéj.

Położenie wspomnionego zakładu w uroczym parku krynickim i w leśném ze wszech stron otoczeniu, nadaje mu lube zacisze, przyległe zaś spacery w sąsiednim parku nastręczają najłatwiejszéj sposobności do przechadzek i do używania wybornego tutejszego górskiego powietrza. Zakład zaopatruje woda źródlana, wybornie czyszczona filtrem, zbudowanym dla wodociągów, dochodząca do wielkiéj cysterny, przeszło 20 metr. powyżéj zakładu leżącéj, która to woda rurami żelaznemi do zakładu hydropatycznego dopływa. Niezmierna obfitość najczystszéj wody o ciepłocie + 8°R. i jéj ciśnienie do dwóch atmosfer dochodzące, obok znakomitego balneotechnicznego urządzenia całego zakładu, stanowią najprzedniejsze jego zalety. Sprowadzona z Graefenbergu rutynowana służba łaziebna obsługuje chorych, zakład otwarty bez przerwy rano od g. 6 do 12, a popołudniu od g. 2 do 8éj.

Zaprowadzeniem w Krynicy zakładu hydryjatycznego, wzbogacono tutejsze zdrojowisko cennym balneoterapeutycznym nabytkiem, mogącym posłużyć zarówno ku samoistnym leczeniom hydryjatycznym, jakotéż ku uzupełniającemu leczeniu po używaniu kuracyi zdrojowéj krynickiéj.

Życzyćby sobie tylko należało, ażeby kierownictwo tego zakładu objął lekarz specyjalnie z wodolecznictwem obeznany, a niezawodnie wobec tak korzystnych stosunków krynicki Zakład hydropatyczny zająłby poważne miejsce w liczbie zdrowotnych zarządzeń naszego kraju.

S p r a w o z d a n i e c. kr. k r a j o w é j R a d y z d r o w i a o s t o s u n k a c h z d r o w o t n y c h w G a l i c y i z a r. 1881 i 1882. Lwów. 1884.

Jako dalszy ciąg wydawnictwa sprawozdań o stosunkach zdrowotnych w Galicyi mamy przed sobą zeszyt obejmujący dwa sprawozdania t. j. za r. 1881 i 1882. Już kilkakrotnie omawiając sprawozdanie z lat poprzednich, podnosiliśmy znaczenie podobnego wydawnictwa i zasługę podejmującéj to wydawnictwo c. kr. krajowéj Rady zdrowia, a w szczególności zaś jéj członka prof. Dra Czyżewicza, który zajmuje się układaniem tych sprawozdań. Nie imponują one wprawdzie obszernością, nie dorównywają pod tym względem sprawozdaniom zagranicznym, ale nagromadzona w nich mnogość cyfr równie jak i pouczające tablice statystyczne układu Dra Merunowicza, to jakżeż to żmudnych obliczeń i zestawień wynik. Zastanawiając się bliżéj nad podanemi cyframi i szczegółami nasuwa się mnóstwo ciekawych uwag i wniosków co do wszelkich spraw i stosunków zdrowotnych w kraju naszym a wrażenie, jakie się odnosi z ogólnego rzutu na całość jest bardzo smutne, świadczy wymownie o ile niżéj stoimy we względzie stosunków i urządzeń higijenicznych od innych krajów, a co gorsza, że prawie całkiem nie postępujemy ku lepszemu. Naturalny przyrost ludności w Galicyi w skutek przewagi odsetki urodzin nad odsetką śmiertelności był w obu tych latach, których sprawozdania dotyczą, bardzo słaby, wynosił 0.77% a względnie 1.03% smutny to objaw.

Przekroczylibyśmy miarę zwykłego omówienia takich sprawozdań, gdybyśmy się w rozbiór szczegółów zapuścili, — zwrócimy więc tylko uwagę na kilka ciekawych szczegółów. Do takich zaliczyć wypada, że w mieście Lwowie w obu tych latach (jak to i dawniéj rzecz się miała) więcéj osób zmarło aniżeli się dzieci urodziło, Kraków o tyle lepsze pod tym względem wykazuje stosunki, iż w r. 1882 liczba urodzonych przewyższa liczbę zmarłych o 60 głów. Od lat kilku śmiertelność w Galicyi wzmaga się ciągle i stale, a okoliczność ta nie daje się wytłumaczyć żadną chorobą nagminną, którąby szersze przybrała roz-

miary, podnieść wypada pod tym względem i ten szczegół, że powiaty Galicyi zachodniéj okazują mniejszą śmiertelność niż powiaty Galicyi wschodniéj.

Przez lat kilka poprzedzających lata, których sprawozdanie dotyczy, zmniejszała się liczba lekarzy, toż samo miało též miejsce i w r. 1881, dopiero r. 1882 wykazuje przybytek nie wielki doktorów medycyny, który jednak nie pokrył ubytku lat poprzednich. Jak z natury rzeczy wynika, po zniesieniu szkoły chirurgicznéj we Lwowie liczba lekarzy stopni akademickich z roku na rok się zmniejsza. Dział poświęcony szpitalom znajdujemy nieco szczegółowiéj opracowany w sprawozdaniu za r. 1882, a nastręczają się tu bliżéj rzecz rozpatrującemu uwagi rzucające światło na nasze stosunki szpitalne nie zbyt korzystne.

Sprawozdanie za r. 1882 zamykają wnioski oparte na sprawozdaniach z r. 1881 i 1882 oraz sprawozdaniach z lat popoprzednich. Najważniejszemi z nich są dotyczące organizacyi lekarzy gminnych lub przynajmniéj zawezwanie miasteczek do utworzenia posad lekarzy gminnych, wniosek o zaprowadzenie przymusowego szczepienia ochronnego, przywrócenia domów podrzutków, urządzenia filij zakładów obłąkanych przy tych szpitalach prowincyjonalnych, które odpowiednie posiadają budynki, itd.

Wnioski te powtarza Rada zdrowia w każdym ze swych sprawozdań, są one słuszne, a cyfry w sprawozdaniach podane są silném poparciem tychże, byłoby więc wielce pożądaném, aby władze, od których to zależy, postarały się o jak najrychlejsze ich spełnienie, tém bardziéj, że niektóre z nich jak np. organizacyja lekarzy gminnych są piekącemi i dla dobra kraju koniecznemi. Spełnienie ich zawisło po części od sejmu krajowego, członkom téż jego gorąco sprawę tę poruczamy. *K. G.*

* **Cholera** nie ustaje wprawdzie we Francyi południowéj, ale téż nie szerzy się daléj do wnętrza kraju. Natomiast przewleczoną została od kilku tygodni do Włoch północnych, a w szczególności do Piemontu i poutwarzała sobie gniazda w kilku małych miejscowościach, gdzie jednak nie panuje jeszcze epidemicznie, a do miast większych, jak do Turynu, Genui, Alesandryi, wcale jeszcze nie zajrzała.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 3—9 sierpnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 22,2. Z ospy umarło 0 (1 z. t.); z płonicy 1 (3 z. t.); z błonicy 1 (1 z. t.); z krztuśca 0 (1 z. t.); z duru brzusznego 0 (1 z. t.); z kiły 0 (1 z. t.); z zimnicy 0 (1 z t.). Doniesiono w tymże czasie o 2 przypadkach ospy, 1 błonicy, 6 krztuśca, 1 duru osutkowego i 1 czerwonki. W tygodniu od 27 lipca do 2 sierpnia ospa złagodniała w Londynie. Świeżo zapadło 68 (111 z. t.); umarło 11, leczyło się w szpitalach 934 (1067 z t.). W Warszawie, Odesie i Murcyi umarło z ospy po 1, w Liwerpolu, Petersburgu i Rzymie po 2, w Nowym Orleanie 3, w Madrycie i Lizbonie po 4, w Pradze 5, w Kalkucie (od 15—21 czerwca) 8, w Madrasie (od 7—13 czerwca) 18. Z duru osutkowego umarło w Londynie, Petersburgu, Odesie i Maladze po 1, w Madrasie 3. Z cholery umarło w Kalkucie (od 15—21 czerwca) 22.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 27 lipca do 2 sierpnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 35,6; w Warszawie 44,1; w Poznaniu 30,9; w Wiedniu 22,9; w Budapeszcie 34,6; w Pradze 31,3; w Berlinie 36,5; w Hamburgu 22,6; we Wrocławiu 37,4: w Mnichowie 31,4; w Dreźnie 26,2; w Lipsku 31,0; w Gdańsku 30,3; w Brukseli 26,3; w Brukseli 26,3; w Amsterdamie 23,0; w Hadze 31,3; w Paryżu 23,1; w Londynie 22,9; w Kopenhadze 22,8; w Stokholmie 21,1; w Chrystyjanii 20,1; w Petersburgu 28,5; w Odesie 52,7; w Rzymie 22,2; w Wenecyi 20,9; w Bukareszcie 24,7; w Madrycie 33,9; w Lizbonie 27,1; w Aleksandryi 40,0; w Nowym Jorku 29,8; w Filadelfii 26,7; w Bombayu 22,1; w Madrasie 34,3. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 20 sierpnia. P. Minister wyznań i oświaty w porozumieniu z ministerstwem spraw wewnętrznych, zamianował w myśl ordynacyi dla rygorozów lekarskich Dra Stanisława Pareńskiego, c. k. nadzwyczajnego profesora wszechnicy i prymaryjusza szpitala św. Łazarza w Krakowie, komisarzem rządowym; Dra Tadeusza Browicza, c. k. profesora wszechnicy zastępcą komisarza rządowego przy ścisłych egzaminach lekarskich w uniwersytecie krakowskim: zaś Dra Leona Jakubowskiego, c. k. nadzw. profesora wszechnicy, współegzaminatorem dla drugiego ścisłego egzaminu lekarskiego, Dra Stanisława Domańskiego, c. k. nadzw. profesora wszechnicy, zastępcą współegzaminatora dla drugiego ścisłego egzaminu lekarskiego; Dra Antoniego Rosnera, c. k. nadzw. profesora wszechnicy, współegzaminatorem dla trzeciego ścisłego egzaminu lekarskiego, a Dra Alfreda Obalińskiego, c. k. nadzw. profesora wszechnicy i prymaryjusza szpitala św. Łazarza, zastępcą współegzaminatora dla trzeciego ścisłego egzaminu lekarskiego w uniwersytecie krakowskim — wszystkich na przeciąg roku szkolnego 1884/5.

* Londyńską higijeniczną wystawę zwiedziło w ciągu dwóch miesięcy 1,500.000 osób.

* Na międzynarodowy kongres lekarski w Kopenhadze przybyli z Czech: prof. Dr. Janowsky, Dr. Czarda i Dr. Zdeborsky.

* Półurzędowy organ rządu niemieckiego oświadcza, że z wyjątkiem r. 1831, nigdy obawa cholery nie była tak silną, jak obecnie; przyczynę tego stanu rzeczy przypisuje on z jednéj strony zwyczajowi dziennikarzy, rozgłaszania wszelkich senzacyjnych wiadomości o cholerze, a z drugiéj polemice publicznéj, którą prowadzą ludzie nauki; dla zrozumienia rozpraw polemizujących często potrzebne są wiadomości specyjalne; bez tych publiczność często źle tłumaczy sobie wywody naukowe i ztąd powstają błędne wyobrażenia, a za niemi panika, z jéj wszystkiemi następstwami.

(M) W półroczu letniém ubiegłego roku szkolnego uczęszczało do 20 uniwersytetów, jakie posiada państwo niemieckie, ogółem 25,876 uczniów. Najwięcéj młodzieży kształciło się w Berlinie (4384), w Lipsku (3160) i w Mnichowie (2511): najmniéj w Kielu (435) i w Rosztoku (250). Uczniów Wydziału lekakarskiego było ogółem 7190; z téj liczby najwięcéj w Berlinie (1154), w Mnichowie (848) i Würzburgu (706); najmniéj w Giessen (131) i w Rosztoku (71). W półroczu letn. r. 1880 było młodzieży uniwersyteckiéj w Niemczech 20,923, w téj liczbie młodzieży lekarskiéj 4,224. Uderza tutaj niestosunkowy przybytek studentów medycyny, albowiem gdy w przeciągu lat 4ch ogólna liczba młodzieży akadem. powiększyła się o 4,953, to samych studentów medycyny przybyło w tym czasie 2,966...!

* **Ruch kąpielowy.** Do d. 7 sierpnia bawiło gości kąpielowych w Szczawnicy 2475, w Krynicy 2340; do 13 sierpnia w Rożnowie 1315, do d. 9 bm. w Gleichenbergu 4200, do 11 sierpnia w Giesshüblu 282, do 13 sierpnia w Cieplicach czeskich 6621.

* **Praga czeska.** W tutejszym zakładzie dla obłąkanych w kłótni powstałéj między dwoma chorymi jeden zadławił drugiego. W skutek tego Sąd zarządził śledztwo, mające wykazać, czy wina nie ciąży na dozorze niedostatecznym.

W Giesshüblu odbędzie się d. 24 bm. odsłonięcie popiersia barona Löschnera, znakomitego pedyjatry a byłego profesora, protomedyka, a to w uczczeniu 50-letniego jubileuszu jego doktorskiego.

* **Wiedeń.** Referent uniwersytetów w ministerstwie oświecenia, radca sekcyjny Dr. David w uznaniu zasług otrzymał tytuł i charakter radcy ministeryjalnego.

* **Berlin.** Następcą Strucka jako dyrektora Urzędu zdrowia ma zostać prof. Skrzeczka, a dla Kocha mają urządzić osobny zakład higijeniczny.

* **Belgrad.** Ukazem królewskim protomedyk serbski Dr. Vladan Gyorgyevics mianowany został burmistrzem stolicy.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga.** Nadzw. profesor histologii w Wydziale niem. Dr. Zygmunt Mayer otrzymał tytuł i charakter profesora zwyczajnego. Prof. anatomii opis. w Wydziale niem. mianowany został prof. Aeby z Berna, a Dr. Dalla Rosa potwierdzony jako docent prywatny tegoż przedmiotu. — **Berlin.** Docent prywatny Dr. Mendel mianowany został profesorem psychijatryi sądowéj (Dr. Mendel jest zarazem posłem w sejmie niemieckim). Przeciw mianowaniu Schweiningera profesorem Wydział lekarski wniósł protest pisemny. — **Würzburg.** Prof. chirurgii Maas mianowany lekarzem jeneralnym *à la suite.*

* **Nekrologija.** Lekarz w służbie holenderskiéj Dr. Bole-

sław Józefczyk b. wychowaniec wszechnicy krakowskiéj umarł w Filippsburgu (Indyje) w połowie lipca. W Lipsku umarł z porażenia serca znakomity patolog prof. Julijusz Cohnheim, urodzony d. 20 lipca 1839 r. w Deminie, mianowany w r. 1868 prof. anat. patol. w Kielu, 1872 we Wrocławiu a od 1876 w Lipsku.

Piśmiennictwo lekarskie: Die Zuckerharnruhr. Mit ausführlicher Diätetik für Zuckerkranke von Dr. Emerich Hertzke. 1884. str. 1881.

Autor na podstawie 86 historyj chorób moczówki cukrowéj, zebranych przez siebie w czasie praktyki kąpielowéj w Karlsbadzie, napisał monografiją téj ciężkiéj choroby. Przechodzi on po kolei historyję i istotę *diabetes mellitus*, daléj opisuje przebieg, powikłanie i zejścia téj choroby, potém podaje sposoby badania moczu na cśkier. W téj części swéj broszury autor jest kompilatorem. Zestawia treściwie rzeczy znane, przytaczając wszędzie źródła. W obszerniejszym dziale zastanawia się H. nad leczeniem higijeniczném i dyjetetyczném moczówki cukrowéj i tutaj dość często przytacza swoje własne spostrzeżenia i wyjawia swoje własne zapatrywania. Całość dziełka, sumiennie opracowanego, może służyć tak dobrze jak inne tego rodzaju monografije, chcącym się bliżéj zapoznać z patogenezą i leczeniem moczówki cukrowéj. Ω.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 33: Szumana: Jak można sposoby opatrywania ran przeciwgnilne zastosować najlepiéj do zwykłéj praktyki lekarskiéj i do leczenia ubogich chorych. Rosenthala: Przypadek wieloogniskowego rozmiękczenia mózgu pochodzenia przymiotowego. — W *Medycynie* Nr. 33: Zieleniewskiego: Treść zasad hydroterapii, z dołączeniem opisu ojczystych zakładów wodoleczniczych. (c. d.) — W *Przewodniku gimnastycznym* Nr. 8: Na powitanie sokołów czeskich. — W jakiéj mierze szkoła powinna się zajmować wychowaniem obywatelskiém i w jaki sposób ma to zadanie spełniać. — Zarys ćwiczeń na skoczni (c. d.) i gimnastyka w szkołach średnich w Galicyi.

Redakcyja otrzymała:

Dr. H. ŚWIĘCICKI: Ueber die Innervation der Vagina bei Kaninchen. (Odbitka z „Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie. Zeszyt X.).

Piśmiennictwo lekarskie. CHEYNE, W. WATSON. Die antiseptische Chirurgie. Ihre Grundsätze, Ausübg., Geschichte u. Resultate. Deutsch. v. Kammerer. Mit 84 Abb. u. 5 Taf. gr. 8. Leipzig, F. C. W. Vogel. M. 15.

DESCROIZILLES A. Manuel de pathologie et clinique infantiles. Paris, Delzhaye et Lecr. Fr. 12.

W zastępstwie redaktora: **Dr. A. Kwaśnicki.**

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie uprasza

Dra Emanuela ARZTA
Dra Henryka EBERSA

ażeby byli łaskawi nadesłać wiadomość o obecném miejscu pobytu wraz z dokładnym adresem a to w celu przesłania im bezpłatnego premium jako Członkom Wydawnictwa.

KONKURS.

W skutek upoważnienia Wysokiego c. k. Namiestnictwa rozpisuje się niniejszém Konkurs celem obsadzenia posady asystenta przy lwowskiéj szkole położnych z roczną płacą 400 złr. w. a.

Powyższa posada będzie nadaną tylko doktorowi medycyny na przeciąg dwóch lat, po upływie których może być przedłużoną pierwotna nominacyja na dalsze dwa lata.

W razie uzyskania pomieszkania dla asystenta w budynku szpitalnym będzie tenże obowiązanym takowe zamieszkać.

Ubiegający się o tę posadę winni wnieść podania swoje na ręce c. k. krajowego referenta sanitarnego przy c. k. Namiestnictwie we Lwowie najdaléj do 15 Września 1884.

Z dyrekcyi c. k. szkoły położnych.

Lwów dnia 19 Sierpnia 1884.

L. 243.

KONKURS.

Przy c. k. Zarządzie salinarnym w Kaczyce na Bukowinie jest do obsadzenia posada lekarza salinarnego, o którą PP. doktorzy wszech nauk lekarskich i względnie PP. lekarze praktyczni (magistrzy chirurgii) kompetując, swoje podania z załączeniem odnośnych świadectw i dotyczącéj praktyki do podpisanego c. k. Zarządu salinarnego najdaléj do 1go Września rb. wnieść zechcą.

Z tą posadą są połączone ze strony c. k. Zarządu salinarnego roczne honoraryjum włącznie z ryczałtem za odwiedzanie chorych 420 złr., systemizowana sól jako deputat również i obowiązek utrzymywania domowéj apteki z prawem wydawania leków dla chorych przynależnych do saliny, za złożeniem odnośnych rachunków aptekarskich wynoszących do 80 złr. rocznie; ze strony zaś gminy Kaczyki roczny dodatek ryczałtowy 100 złr.

Obowiązki lekarza salinarnego wskażą odnośne przepisy sanitarne dotyczące co do c. k. Zarządu salinarnego i co do gminy z osobna.

C. k. Zarząd salinarny.

Kaczyka dnia 23go Lipca 1884.

Z zapomogi Kasy pomocy dla osób pracujących na polu naukowém wydane zostały następujące dzieła, których skład główny w księgarni E. Wende i Sp. (Warszawa Krakowskie przedmieście Nr. 9).

T. H. Huxley, Wykład biologii praktycznéj. Przekład A. Wrześniowskiego 1883. Cena rs. 1.

Sprawozdania z piśmiennictwa naukowego polskiego w dziedzinie nauk matematycznych i przyrodniczych. Rok I. Cena rs. 1.

Na rzecz Kasy sprzedaje się:

Boberski W. Powstawanie gór i lądów. Cena 25 kop

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 zlr. 60 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 30 sierpnia 1884. № 35. Rok XXIII.

I. Z oddziału dla obłąkanych szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Przypadek obłędu ostrego (Delirium acutum).

Opisał Dr. K. Żuławski,
Prymaryjusz tegoż oddziału.

Dnia 22 czerwca 1884 r. przyjęty został do zakładu dla obłąkanych N. N. artysta, lat 37 liczący, żonaty, dzietny. Chory nie jest dziedzicznie obciążony, przynajmniéj obciążenia wykazać nie można. W r. 1868 nabawił się kiły, któréj zmiany następowe ograniczały się do błon śluzowych, jako *condylomata lata.* Pilny i pracowity, oddawał się pracy zawodowéj z całém poświęceniem, odznaczał się bystrością umysłu i bujną fantazyją; prace jego zjednały mu w krótkim czasie sławę i zapewniły byt materyjalny. Zresztą i w pożyciu domowém pod każdym względem był szczęśliwym, a w ogóle nie zaszło nic takiego, coby mogło wywołać jakieś przygnębienie umysłowe. Pomimo to stał się N. N. małomównym, unikał spotkania przyjaciół, a zeszedłszy się z nimi objawiał pewną obawę o los dzieci i smutek, uważano to jednakże jako objaw złego humoru, dopiero w sierpniu 1883 r., gdy wszelkie usiłowania rozweselenia go i perswazyje nie odnosiły żadnego skutku, lecz owszem przeciwnie stan zadumczywy coraz bardziéj się wzmagał, gdy chory tak w dzień jakoteż i w nocy od pracy swojéj się nie odrywał, a pomimo to nie znać było postępu téjże, gdy nadto użalał się na ciśnienie znaczne w szczycie głowy, a w obec żony i przyjaciół bezustannie na los swój narzekał, i obawę o przyszłość swoją objawiał, zaczęto podejrzywać, że choroba umysłowa się rozwija. Ze względu na przebytą kiłę zalecono wcierania szaruchy, a następnie po 30 wcierkach wysłano go na świeże powietrze w góry. Z listów, które pisywał do żony, przebijała tylko boleść z powodu rozłączenia, a zarazem pragnął doczekać się chwili radosnéj, kiedy będzie mógł wrócić na łono rodziny; w ogóle zdawało się, że tak pod względem umysłowym jak i fizycznym do zdrowia przychodzi. Wśród tego bez żadnego powodu nagle i niespodziewanie wybiegł dnia 18 czerwca z domu, błąkał się po polach i lasach, przemoknięty i zbłocony wrócił do domu, począł krzyczeć i śpiewać, niszczyć rzeczy, bredził bez związku i chciał uciekać z domu. Rozdrażnienie coraz bardziéj się wzmagało, a po bezsennéj nocy doszło do podniecenia szałowego, tak że go musiano ubezwładnić i do zakładu odwieźć. W drodze ciągle szałowo podniecony chciał się trzymającym go wyrwać i wyskoczyć, krzyczał, śpiewał szamotał się Za przybyciem do zakładu i zdjęciem środków ubezwładniających, okazuje się jego ubranie zupełnie mokre od potu, na nogach ustać nie może, jakby bezwładny przewraca się na ziemię, tarza się po podłodze, co chce wstać upada, krzyczy, klnie, przestraszony woła „a widzisz, mówiłem ci złodzieju, gałganie!" wywija rękami, kopie nogami, jakby odpędzał kogoś od siebie. Wyraz twarzy przestraszony, źrenice skurczone nie oddziaływają na światło, wyraz oczu dziki, z otworów nosa sączy się krew, ciepłota ciała 38.5, tętno pełne 92. Zalecono: *Aq. laxat. Vindob* 50.00, *Natri sulfurici* 5.00, lek podany chory wypluwa, a trudno mu do ust wlać z powodu ciągłego rzucania głową, ustawicznego bredzenia i krzyku, podany bulijon tak samo wypluwa. Wstrzyknięto morfiun 0·03; 23 czerwca pomimo ponownego wstrzyknięcia, a następnie trzech gramów chloralu przemocą wlanych, chory nie spał, ustawicznie krzyczał i rzucal się, klął, pluł, zgrzytał zębami, wykrzywiał twarz, rzucał głową, podczas wizyty rannéj powstał krwotok z nosa, który ustąpił dopiero po zatamponowaniu otworu nosa; z powodu wypluwania nakarmiono za pomocą sondy bulijonem, poczém dano 4 gramy chloralu. Chory przez cały dzień rzuca głową i bije nią o poduszki, wykrzywia usta i twarz, pluje po ścianach, chce uciekać z łóżka, do którego musiano go przywiązać; popołudniu za pomocą sondy nakarmiony, poczém zadano 4 gramy chloralu.—Ciepłota ranna i wieczorna 38°, tętno 88. 24/6. Spał zaledwie 2 godziny, po przebudzeniu się krzyczał i hałasował aż ochrypł. — Wyjęto tampon

z otworu nosa.— Cały dzień niespokój. — Na noc 5 gramów chloralu. Ciepłota 37.5, tętno 96. — 25/6. Nie spał w nocy, leżał atoli spokojniéj, podczas wizyty rannéj rzuca naprzemian rękami lub nogami, albo téż tarza się z boku na bok, osłabienie znaczne, napoje wypluwa, ciepłota 36·5, tętno 112 drobne i nikłe, odnogi chłodne.—26/6. Leżał spokojnie w nocy, od czasu do czasu jednak wykrzykiwał słowa pojedyńcze. Podczas wizyty leży spokojnie i nieruchomie, zgrzyta zębami, napoje wypluwa, nakarmiony sondą, odnogi chłodne, mocz i kał oddaje pod siebie, usadowiony opada bezsilny na łóżko, ciepł. 36°, tętna sprychowego ledwie domacać się można. — 27/6. Śpiączka od nocy, źrenice rozszerzone nie oddziaływają na światło, tętna domacać się nie można, twarz sinawa; wśród coraz bardziéj postępującego zapadu nastąpiła śmierć o godzinie 5téj popołudniu.

Sekcyja wykonana d. 28/6 przez Dra Wodyńskiego wykazała co następuje:

Czaszka symetryczna, prawidłowa. Na czaszce, jéj skórze, częściach miękkich i kościach nie znaleziono nic nieprawidłowego. Zewnętrzna powierzchnia opony twardéj nie przylegała ściśléj do sklepienia czaszki niż w stanie prawidłowym. W środku przebiegu zatoki podłużnéj opony twardéj widać było już zewnętrznie płaskie ograniczone zgrubienie jej ścian, wielkości centa, blado-sinawe i żółtawo zabarwione. W dotyku miejsce to dawało uczucie, jak gdyby ściany zatoki zgrubiałe zawierały jakieś ciało twarde, zwapniałe. Innych zmian na zewnętrznéj powierzchni opony twardéj nie spostrzeżono. Odcięto zatém oponę w zwykły sposób od wyrostka koguciego i w około, poczém ugniatając z zewnątrz owe ciało twarde, zdołano z łatwością wypchać takowe ku tyłowi przez światło zatoki podłużnéj, a odciąwszy ją w tyle, wydobyć na zewnątrz. Była to kostka podłużna płasko-wypukła o brzegach nieregularnie drobno-ząbkowanych, na pierwszy rzut oka podobna do odszczepu istoty zbitéj kostnéj. Jéj długość największa wynosiła 15 mm., największa szerokość 8 mm., grubość w samym środku dochodziła tylko 3 mm. i zmniejszała się stopniowo ku ostrym brzegom obwodu. Powierzchnia wypukła téj kostki dosyć gładka pokryta była cienką błonką włóknistą, ściśle z jéj powierzchnią zrosłą, jakby cienką okostną. Powierzchnia odwrotna płaska, skośnie drobno rowkowana nie miała takiéj błonki włóknistéj na sobie, lecz była zupełnie obnażona. Na końcu dwóch nieco głębszych rowków na téj (płaskiéj) powierzchni zbliżonych ku brzegom bocznym spostrzeżono przy dokładniejszém obejrzeniu jakby ujścia dwu bardzo drobnych kanalików odżywczych w głąb kostki idących, z których sterczały jeszcze dwie cieniuchne niteczki włókniste. Barwa całéj kostki zwykła, biaława, spójność odpowiednia istocie zbitéj kostnéj.

Badając następnie ściany zatoki podłużnéj przekonano się, że takowe wszędzie są jednostajnie cienkie, blade, i wewnątrz gładkie, z wyjątkiem tego miejsca, gdzie owa kostka leżała. Gdy bowiem grubość ścian gdzieindziéj mało co przenosiła $1/2$ mm., wynosiła ona tamże w środku prawie 3 mm., nie licząc zgrubienia wytworzonego przez rozszerzone i brunatno-czerwonemi suchemi skrzepami szczelnie wypełnione ujścia żył powierzchowych mózgu. Wymiarów tych dokonano na preparacie w spirytusie przechowanym. Zgrubienie to ścian zatoki zmniejszało się stopniowo ku obwodowi i przechodziło w grubość normalną, przyczém i zabarwienie plamisto-czerwonawe od wybroczyn w zgrubiałych ścianach pochodzące ustępowało zwykléj bladości. Wewnętrzna powierzchnia ścian zatoki pod względem swéj gładkości mało różniła się w miejscu zgrubiałém od innych części zatoki, chyba tylko tém, że znacznie rozszerzone ujścia dopływowych żył z powierzchni mózgu czyniły ją bardziéj dziurkowaną, nieregularnie beleczkowaną.

Jedna atoli okoliczność zasługuje na bliższą uwagę, a mianowicie, że z powierzchni téj od dołu sterczą dwie cienkie, wiotkie, krótkie, włókiste niteczki wyrastające z ścian zatoki, przednia nieco grubsza, jakby z ujścia maleńkiéj żyłki wychodząca, druga na $2\frac{1}{2}$ cm. od pierwszéj ku tyłowi odległa, bezpośrednio z gładkiéj ściany zatoki.

Odsłonięta powierzchnia opon miękkich przedstawia bardzo silne przepełnienie krwią naczyń żylnych w nich przebiegających, i to w największym stopniu w środku wypukłości półkul mózgowych, w mniejszym, jednak także bardzo znacznym, na reszcie powierzchni mózgowia.

Wspomniane skrzepy suche, brunatno-czerwone, tkwiące w rozszerzonych żyłach dopływających do zgrubiałego miejsca zatoki podłużnéj, ciągną się tylko na małą odległość w tychże po obu stronach i przechodzą w skrzepy ciemno-czerwone wilgotne. Owe skrzepy suche z łatwością wykruszyć się dają ze światła zatkanych naczyń, nie przylegają do nich ściśle, a na ich ścianach oprócz brunatno-czerwonego rozpierzchłego zabarwienia nic szczególnego nie widać.

Przekrwienie zastoinowe na powierzchni mózgu w ten sposób powstałe wywołało w dalszém następstwie dość rozległe płaskie wybroczyny w oponach mózgowych po obu stronach, nieco rozleglejsze po stronie prawéj, głęboko pomiędzy rowki zwojowe sięgające. Istota mózgu, zresztą prawidłową budowę okazującego, jest wszędzie tak w istocie korowéj jak rdzeniowéj ślinie przekrwiona; nawet w pierwszéj widać na powierzchni przekrojowéj wszędzie liczne drobne punkty czerwone krwi wypływającéj z przeciętych naczyniek. Powiększenia ilości cieczy podpajęczéj i w komórkach mózgowych, prawidłową objętość okazujących, nie można było skonstatować, a istota mózgu była tylko nieco wilgotniejsza.

Na preparatach drobnowidowych ściany zgrubiałego miejsca zatoki przekonano się, że takowe złożone są z zbitéj włóknistéj tkanki łącznéj, bardzo mało komórek wrzecionowatych zawierającéj, pośród któréj znaleziono mnóstwo okrągławych luk odpowiadających bardzo rozszerzonym drobnym naczyniom, atoli nigdzie nie znaleziono zapalnego komórkowego nacieku. Oprócz skrzepów po części już się organizujących w grubszych naczyniach żylnych znaleziono także naciek z ciałek czerwonych krwi pośród rozstąpionych włókien tkanki łącznéj w pobliżu tychże.

Rozpoznanie anatomiczne opiewało tedy: *Osteoma (pendulum) intus sinus longitudinalis durae matris ortum, et lumen sinus obturans, sequente thrombosi recentiori venarum cerebri ibidem influentium et hyperaemia passiva totius cerebri cum haemorrhagiis intermeningealibus ad convexitatem cerebri praecipue ad sulcum centralem Rolandi partis dextrae.*

(Dokończenie nastąpi).

II. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

O znaczeniu rozpoznawczém prątków gruźliczych.

(Rzecz czytana na IV Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu).

Przez Dra Alfreda Wolframa,
Asystenta téjże kliniki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 34).

Prawie wszyscy autorowie, zajmujący się badaniem

plwocin na prątki gruźlicze, zgadzają się z tém, że jednorazowe badanie, jeżeli daje wynik ujemny, do wykluczenia suchót płucnych wcale jeszcze nie upoważnia. Według powszechnie przyjętego zdania badanie takie należy 3—4 razy powtórzyć i to nie w dniach, bezpośrednio następujących po sobie, lecz w rozmaitych odstępach czasu, jeżeli ma się na pewne wykluczyć sprawę swoistą w płucach. Opierając się na spostrzeżeniach zebranych w klinice krakowskiéj, radziłbym w takich razach ostrożność jeszcze daléj posunąć. Zdarzyć się bowiem może, że zmiany w miąższu płucnym są względnie dosyć daleko posunięte, a mimo to w plwocinach przez długi czas nie znachodzimy prątków gruźliczych. — Przypadek, jaki przytoczę, posłużyć może za najlepszy dowód. Dotyczył on kobiety, u któréj objawy kliniczne świadczyły o głębszych zmianach w miąższu płucnym, a gdzie kilkakrotnie w rozmaitych odstępach czasu powtarzane badanie na prątki obficie wydzielanych plwocin, dawało zawsze wyniki ujemne. W obec tego rozpoznanie przez czas dłuższy nie mogło się oprzeć na ścisłéj podstawie, a chociaż dalszy przebieg choroby w wysokim stopniu przemawiał za sprawą gruźliczą, przecież dopiero po 10 tygodniach znalezione w plwocinach prątki usunęły natychmiast wszelkie wątpliwości. — Tu w części zaliczyćby należało przypadek, spostrzegany również w klinice krakowskiéj, gdzie mimo wyraźnych zmian w szczytach płuc, przedewszystkiem zaś kilkakrotnie się powtarzających krwotoków płucnych, badanie plwocin na prątki, w ciągu sześciotygodniowéj obserwacyi kilkakrotnie powtarzane, dawało zawsze wyniki ujemne. Chora, o któréj mowa, dotknięta równocześnie uwiądem rdzenia pacierzowego (*tabes dorsualis*) usunęła się zawcześnie z pod obserwacyi klinicznéj tak, że nie mogę powiedzieć, czy w dalszym przebiegu choroby w plwocinach prątki się nie pojawiły. Przynajmniéj we wszystkich innych przypadkach krwotokowéj formy suchót płucnych zawsze już przy pierwszém zaraz badaniu wykazać je można było. — Z odnośnéj literatury zaledwie jeden przypadek przytoczyć mogę, gdzieby tak długi czas na pojawienie się prątków w plwocinach czekać należało. Voltolini mianowicie nadmienia, że u chorego, w wysokim stopniu podejrzanego o gruźlicę, dopiero po dwumiesięcznéj obserwacyi udało mu się, mimo skrzętnie wpierw przeprowadzonego badania, wykazać w plwocinach prątki gruźlicze. Przypadki podobne, jakkolwiek odosobnione, dowodzą jednak wymownie, jak względną tylko wartość mają dla rozpoznania wszelkie wywody, oparte na niemożebności wykazania nawet przez dłuższy czas prątków gruźliczych w plwocinach.

Według zgodnych spostrzeżeń wszystkich niemal autorów istnieją przypadki, w których plwociny poprzednio niewątpliwie zawierające prątki gruźlicze, w pewnych dniach takowych przy badaniu nie wykazują. Za przyczynę zjawiska tego należy uważać wypełnienie oskrzeli znaczniejszą ilością śluzu, przez co ognisko rozpadowe niejako od oskrzela odciętem zostaje. Skoro śluz zatykający oskrzele wykrztuszonym zostanie, zjawiają się w plwocinach prątki gruźlicze. Szczególniéj często takie intermisyje przydarzać się mają w tych przypadkach suchót płucnych, które okazują dążność do zabliźniania się i gojenia. Gaffky, zarówno jak i inni opisuje podobne przypadki. Jakkolwiek nie wątpię, że przypadki podobne istnieją, szczegółu tego jednak własnemi spostrzeżeniami potwierdzić mi się nie udało. Skoro tylko raz prątki w plwocinach wykazać się dały, przy powtórnem badaniu zawsze zauważyć je mogłem. Również w jednym przypadku, gdzie sądząc z czasowego ustąpienia gorączki i znaczniejszego podniesienia się ciężaru ciała, trzeba było przypuszczać przynajmniéj chwilową poprawę stanu miejscowego, wyraźniejszéj różnicy w zachowaniu się prątków spostrzedz nie mogłem.

Balmer i Fraentzel nadmieniają, że przypadkom, gdzie dużo prątków w plwocinach wykazać się dało, towarzyszyła gorączka. Twierdzenie to według spostrzeżeń naszych nie zupełnie jest słusznem. Zaprzeczyć się wprawdzie nie da, że w wielu razach obok wysokiéj gorączki także i znaczna ilość prątków w plwocinach się pojawia, nie mniéj jednak mógłem je także stwierdzić w znacznéj ilości w przypadkach, które przebiegały bez gorączki, lub tylko z nieznaczną gorączką. Tém bardziéj nie mógłem zauważyć jakiegoś przyczynowego związku między ilością prątków a torem gorączki.

W wysnuwaniu wniosków z ilościowego zachowania się prątków należy téż zdaniem naszém być bardzo ostrożnym.—Pomijając bowiem wielką względność obliczania prątków i trudność ścisłego wykonywania obliczeń, pamiętać przedewszystkiem należy o tém, że z ilościowego zachowania się prątków w plwocinach, na ilość ich w miąższu płucnym nigdy wnosić nie można. W obec tego jasném jest, że i dalszego przebiegu choroby, zarówno jak i rokowania z ilościowém zachowaniem się prątków w plwocinach w stosunek ścisłéj zależności wprowadzać nie wolno, a to tém bardziéj, że jak wiadomo nawet w łagodnie przebiegających postaciach suchót płucnych wystąpić mogą nagle niespodziewane powikłania, lub ogólne rozsianie się gruzełków, co nagle znacznie pogarsza rokowanie. — Z drugiéj strony zaprzeczyć się nie da, że w tych wyjątkowych przypadkach, gdzie ilość prątków, okazując bardzo nieznaczne tylko wahania, stale i systematycznie się pomniejsza, a równocześnie inne objawy kliniczne również za korzystnym przebiegiem choroby przemawiają, rokowanie ku lepszemu na pewniejszych niż dotąd oprzeć można podstawach. Polegając na własnych spostrzeżeniach tyle tylko nadmienić mogę, że wszędzie gdzie rozpad szerzył się szybko, zawsze znaczniejszą ilość prątków w plwocinach wykazać mogłem. Nie mniéj jednak w przewlekle przebiegających postaciach suchot płucnych badanie plwocin bardzo często takie same dawało wyniki. W tych téż przypadkach wahania w ilościowém zachowaniu się prątków były najznaczniejsze.

Jeżeli jednak wszelkie z ilościowego zachowywania się prątków wysnuwane wnioski tylko względną i ograniczoną mogą mieć wartość ze względu na rokowanie i na dalszy przebieg, tém mniejsze znaczenie przypisać jeszcze należy tym wywodom, które z rozmiarów i kształtu samychże prątków w przebiegu chorób chcą wyrokować. Spostrzeżenia poczynione pod tym względem w naszych przypadkach, są w téj mierze tak różnorodne i niezgodne z sobą, że postawienie jakichś ogólniejszych prawideł czynią wręcz niemożliwém.

Natomiast badanie na prątki gruźlicze ma jeszcze z tego względu nader doniosłe znaczenie dla każdego klinicysty, że przez stwierdzenie ich w kale, w osadzie moczu, w zawartości ropni itp., rozpoznać można na pewne gruźlicę w odpowiednich narządach, bez względu na to, czy ona jest pierwotną lub następową. Rzecz to nie małéj wagi, gdy się

przypomni, na jak wątłych często podstawach opiera się rozpoznanie gruźlicy narządu pokarmowego lub dróg moczowych.

Niemal we wszystkich przypadkach z podejrzaną biegunką, jakie miałem sposobność obserwować, badałem tak kał, jakoteż treść z wrzodów w kiszkach zebraną przy sekcyi na prątki gruźlicze, a wynik badania był tego rodzaju, że ilekroć prątki wykazać się dały, niewątpliwie gruźlica w przewodzie pokarmowym istniała. W jednym tylko przypadku sekcyja wykazała kilka niewątpliwych wrzodów gruźliczych w kiszkach, chociaż wynik badania kału na prątki pozostał ujemny, co chyba tém tłumaczyć należy, że wrzody te poczęły się już zabliźniać. Drugi przypadek dotyczył dziewczyny siedemnastoletniéj z naciekami szczytowemi i z serowato przeobrażonemi gruczołami limfatycznemi, u któréj z powodu podejrzanéj biegunki przedsięwzięto badanie kału na prątki gruźlicze. Wynik badania bywał zawsze ujemny, to też i sekcyja wykazała, że zmiany w kiszkach były innego rodzaju, niż zmiany w płucach i gruczołach. Tu były wybitne zmiany gruźlicze, w kiszkach zaś nie było śladu gruźlicy, tylko kilka już zabliźniających się wrzodów kształtnych. Chora ta za życia nic nieodkrztuszała, dlatego badanie plwocin na prątki uskutecznioném być nie mogło. — Ciekawym również był jeden przypadek, w którym przedewszystkiem po nad innemi zboczeniami górowała uporczywa biegunka obok guza wielkości pięści, który znajdował się w głębi jamy brzusznéj w okolicy pępka. W szczytach płuc stwierdzono tylko bardzo nieznaczne zmiany, a chora prawie nic nie kaszlała. Jak długo nie badano kału na prątki, rozpoznanie przedstawiało znaczne trudności, tém bardziéj, że w plwocinach nie można ich było odszukać. Od chwili jednak, gdy je w kale znaleziono, nie można już było wątpić, że i zmiany w szczytach płuc były swoiste, a guz w jamie brzusznéj wyczuwalny pakietem zserowaciałych gruczołów. Przypadek ten uchylił się zawcześnie z pod obserwacyi, nie mogę zatém powiedzieć, czy w dalszym przebiegu choroby prątków także w plwocinach wykazaćby się nie dało; zasługuje on jednak z tego względu na wyszczególnienie, że tu z rodzaju sprawy chorobowéj w kiszkach można było z wszelkiém prawdopodobieństwem odgadnąć istotę zmian w płucach i gruczołach. Jeżeli zaś rzeczywiście w przypadku tym zmiany w płucach były pierwotne, jak to przynajmniéj na podstawie wywiadów przypuszczać należy, dowodziłby on niewątpliwie, że rozsianie jadu gruźliczego już we wczesnym okresie zmian gruźliczych w płucach wystąpić może, a proces swoisty na innych miejscach w ustroju wybuchnąć z większą gwałtownością, niż w pierwotnie zajętym narządzie.

Nie mniéj pomocném może być badanie na prątki gruźlicze przy ściślejszém rozpoznaniu tła chorobowego, na jakiém się rozwijają wypociny opłucnowe. Mam tu przedewszystkiem na myśli te następowe zapalenia opłucnéj, jakie dołączają się często do zmian rozpadowych w płucach, jak ropnia, zgorzeli, lub jam suchotniczych, przebijających do worka opłucnowego. Materyjał, jakim w téj mierze posługiwać się mogłem, był zanadto skąpym i dlatego nie pozwala na wyprowadzenie wniosków pewniejszych. Tyle jednak na pewno nadmienić mogę, że w jednym przypadku, gdzie skutkiem przebicia bardzo znacznéj jamy suchotniczéj do worka opłucnowego obok odmy piersiowéj rozwinęło się i ropne zapalenie opłucnéj, w płynie wypocinowym wydobytym za pomocą strzykawki Pravaza znalazłem prątki gruźlicze w nieznacznéj ilości, podczas gdy w takimże samym ropnym płynie wypocinowym, jaki wystąpił po przebiciu jamy zgorzelinowéj, odszukać ich nie mogłem. Ostatni przypadek był o tyle ciekawym, że równocześnie w głębi miąższu płucnego sekcyja stwierdziła nieznaczną ilość ognisk serowatych, częścią rozpadających się, częścią ulegających już zwapnieniu.

Czy w przypadkach wypociny opłucnowéj, towarzyszącéj zmianom suchotniczym w płucach, które jednak nie pociągnęły za sobą przebicia miąższu płucnego do opłucnéj, w płynie wypocinowym prątki znachodzić się mogą, nie umiem stanowczéj dać odpowiedzi. W jednym takim przypadku naszéj obserwacyi, gdzie prątki w plwocinach wykazać się dały, nie znalazłem ich wcale w wypocinie; więcéj podobnych przypadków nie miałem sposobności w ciągu téj pracy spostrzegać. O ile też szczupły ten materyjał na to pozwala, sądzę, że jak długo rozpad nie dosięgnie powierzchni miąższu płucnego, tak że płyn wypocinowy nie będzie mógł się stykać bezpośrednio z rozpadowém ogniskiem gruźliczém, prątki gruźlicze prawdopodobnie w nim wykazać się nie dadzą. Tak przynajmniéj każe przypuszczać przypadek zgorzeli płuc, powyżéj przytoczony, w którym równocześnie sekcyja wykazała w głębi miąższu płucnego po części już rozpadające się drobne, ogniska serowate.

W ostréj gruźlicy prosówkowéj, o ile mi wiadomo, dotąd w plwocinach prątków wykryć nie zdołano. W ciągu téj pracy zaledwie jeden przypadek téj choroby stwierdzony sekcyją, mogłem obserwować. We wczesnym okresie, kiedy prawdopodobnie jeszcze do zlania się poszczególnych gruzełków i do ich rozpadu nie przyszło, nie znalazłem rzeczywiście prątków w skąpo odkrztuszanych plwocinach. Natomiast w ropno-śluzowéj wydzielinie oskrzeli, jaką wycisnąłem po śmierci z miąższu płuc, zasianego już serowatemi ogniskami, w części się rozpadającemi, bardzo znaczną ich ilość już mogłem wykazać. Sądzę też, że jak w suchotach płucnych, tak i w gruźlicy prosówkowéj rozpad koniecznym jest warunkiem, jeżeli w plwocinach prątki pojawić się mają.

Podobnie i w ropie suchotników w wielu razach prątki gruźlicze wykazać się dadzą. Ropnie podobne świadczą wtedy niewątpliwie o rozsianiu jadu gruźliczego. Gdy jednak u suchotników pojawić się może ropienie także skutkiem czysto miejscowéj sprawy zapalnéj, niezależnie od zmian swoistych w płucach, lub w innym narządzie, przeto też nie w każdéj ropie, pochodzącéj od osób gruźliczych, prątki wykazać się dadzą. Z 4 dotyczących przypadków udało mi się w dwóch takowe odnaleść. Raz pochodziła ropa z ropnia podskórnego na nodze, drugi raz z ropienia kręgów. Natomiast w ropotoku usznym, jaki wystąpił po przebyciu nader ciężkiego duru brzusznego, jakoteż w jednym przypadku moczenia ropnego, mimo stwierdzonych w płucach zmian gruźliczych, wynik badania ropy na prątki pozostał ujemny.

Dodatkowo nadmienić mi wypada, że przy barwieniu posługiwałem się metodą Ehrlicha, zmodyfikowaną przez Balmera i Fraentzla; prątki barwiłem anilinowym barwikiem „*Gentianaviolett*“ w wyskoku rozczynionym, tło preparatu zaś rozczynem „*Bismarckbraun*,“ przy oglądaniu preparatów zaś używałem drobnowidu Hartnacka (*ocular 3, system 7*), bardzo często imersyi wodnéj, w przypadkach wątpliwych zaś oliwnéj z przyrządem oświetlającym Abbégo.

III. Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie z konferencyi o cholerze [1]
(w państwowym Urzędzie zdrowia w Berlinie w d. 26 lipca br.)
podał Dr. Ponikło.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 32).

Następujące dwa drzeworyty posłużą do wyjaśnienia opisu prątków przecinkowych podanego w Nrze 32 Przeglądu Lek.

Figura I.

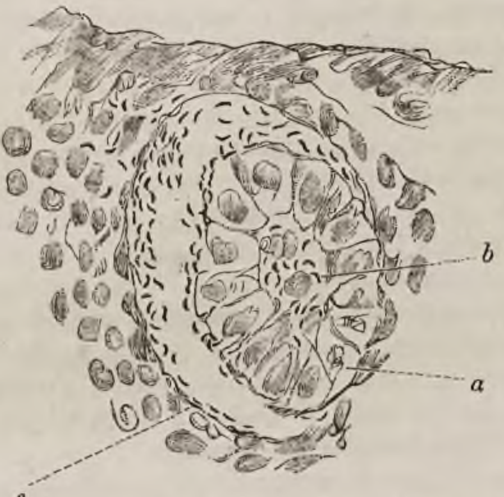


Figura ta przedstawia poprzeczny przekrój błony śluzowéj jelita ze zwłok cholerycznego; *a*) gruczoł torebkowy jest skośnie przecięty. Wewnątrz takowego *b*) i między przybłonkiem a błoną zasadniczą *c*) widome są liczne prątki przecinkowe; powiększenie = 1:600.

Figura II.

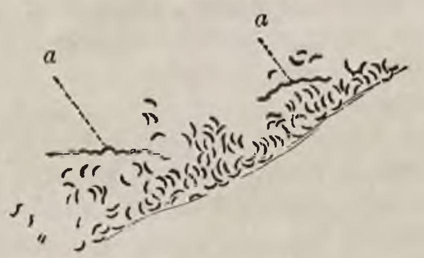


Figura II przedstawia gromadę prątków przecinkowych, wyhodowaną sztucznie w rosole. *a*) długie śrubowato skręcone nitki podobne do spirochetów duru powrotnego.

Powyżéj podane własności i cechy prątków przecinkowych świadczą, iż należy takowe uznać za odrębny gatunek prątków, dający się z łatwością rozpoznać i od innych prątków wyróżnić.

W jakim stosunku stoją prątki przecinkowe do sprawy cholerycznéj, czy znachodzą się we wszystkich przypadkach cholery i czy ich braknie stale w przypadkach innych chorób, zwłaszcza zakaźnych, czy są tedy objawem cechującym cholery? Pytanie to jest zasadniczéj doniosłości.

W Egipcie wykonał Koch 10 sekcyj zwłok cholerycznych, w Indyjach 42 sekcyj, w Toulonie w lipcu b. r. 2 sekcyje. W każdym przypadku (sekcyje były przedsięwzięte we 2—3 godzin po śmierci) znalazł w utkaniu błony śluzowéj jelita i w treści jelitowéj prątki przecinkowe. Również badanie stolców cholerycznych wykazało w każdym z kilkuset dotąd badanych przypadków bez wyjątku obecność prątków przecinkowych. Ilość takowych była zawsze w prostym stosunku z nasileniem sprawy chorobowéj.

[1]) Przerwane z powodu wykończenia drzeworytów.

Z drugiéj strony badał Koch znaczną ilość zwłok zmarłych skutkiem innych chorób, jak czerwonki, złośliwego ostrego nieżytu jelitowego, duru brzusznego, błonicy itd. jednakowoż w żadnym przypadku prątków przecinkowych nie wykrył.

Gdy tedy stwierdzoném zostało, że prątki przecinkowe są stałym objawem w cholerze, nasuwa się przedewszystkiém pytanie, w jakim stosunku takowe pozostają do sprawy cholerycznéj. Możebne tu są 3 przypuszczenia: 1) Sprawa choleryczna sprzyja tylko rozwojowi prątków przecinkowych, przygotowując korzystny grunt do rozmnażania się właśnie tego rodzaju prątków. 2) Pod wpływem sprawy cholerycznéj przybierają inne, zazwyczaj w jelitach znajdujące się prątki, cechy prątków przecinkowych, t. j. przeistaczają się w zupełności. 3) Prątki przecinkowe są w ścisłym związku przyczynowym z cholerą, chorobę tę wytwarzają i są przyczyną szerzenia się takowéj.

Przyjmując pierwszą możebność za prawdziwą, należałoby przypuścić, że prątki przecinkowe znajdują się w każdym osobniku w postaci doskonałéj lub przynajmniéj w zawiązku, i że tylko skutkiem nadzwyczaj korzystnych warunków odżywczych w cholerze szybko się rozwijają i rozmnażają. Badania liczne wszelakoż wykazały, że ani w ustroju zdrowym ani w przypadkach innych chorób prątki przecinkowe wykryte nie zostały.

Drugiéj możebności sprzeciwiają się wprost zasady nauki o prątkach: nie mamy dotąd przykładu, aby jedna postać prątków pod wpływem jakichkolwiekbądź przyczyn zamieniła się w postać zupełnie odmienną, o różnych kształtach i o różnych własnościach; właśnie prątki są niezmiernie stałymi ze względu na ich kształty. Wiadomo wprawdzie, że prątki wąglikowe pod pewnymi wpływami tracą swe własności zakaźne, lecz kształty swe stale zachowują. O możebności zaś rozwoju samoistnego prątków z byle czego nieokreślonego w obecnym stanie nauki mowy być nie może. Odpada zatém i druga możebność jako nieuzasadniona.

Należy tedy uznać trzecie przypuszczenie za najprawdopodobniejsze i powiedzieć, że prątki przecinkowe są przyczyną i cechą sprawy cholerycznéj.

Najsilniejszym dowodem na poparcie prawdziwości tego twierdzenia byłoby bezsprzecznie, gdyby można doświadczalnie wywołać sprawę choleryczną przez zaszczepienie lub ingestyją prątków przecinkowych. Podawano wielokrotnie, iż zwierzęta, jak krowy, psy, koty, słonie, kury zapadają na cholerę. Jest to jednak mało prawdopodobne i nie mamy dotąd niezbitego dowodu, iżby zwierzęta w czasie epidemii cholery dobrowolnie na chorobę do cholery podobną zapadały; usiłowania też sprowadzenia cholery u zwierząt przez karmienie wymiocinami i stolcami cholerycznych dały dotąd wynik ujemny. Mimo to jednak wykonał Koch szereg doświadczeń na zwierzętach: karmił najrozmaitsze zwierzęta, jak psy, koty, króliki, myszy, małpy, odchodami cholerycznych, obfitymi w prątki przecinkowe lub płynami zawierającymi obfitą ilość sztucznie wyhodowanych prątków, wstrzykiwał wprost do żyły zwierząt prątki, lecz w żadnym przypadku nie wywołał szeregu przypadków cholerze odpowiadających, ani też w żadnym z przypadków nie wykazała sekcyja w jelitach zmian cechujących; nie mógł też Koch odszukać prątków w treści jelitowéj (takowe obumarły i rozpadły się pod wpływem soku żołądkowego kwaśnego).

W kilku przypadkach podawał też poprzednio Koch małpom środek przeczyszczający celem wywołania zadrażnie-

nia i przekrwienia błony śluzowéj jelita i następnie karmił je prątkami przecinkowymi, wstrzykiwał małpom wprost przez kiszkę stolcową za pomocą zgłębnika płyny obfitujące w prątki, lecz wszystkie te postępowania wydały wynik ujemny.

Wywiady téż przez Kocha poczynione w Bengalii, prowincyi niezmiernie gęsto zaludnionéj, gdzie wiele zwierząt wspólnie z ludźmi i w ścisłym związku z takowymi żyje, wykazały, że zwierzęta nigdy na chorobę do cholery podobną nie zapadają.

Niemożebność wywołania doświadczalnie cholery u zwierząt wprawdzie pozbawia nas jednego z cennych dowodów na poparcie twierdzenia Kocha, jednak takowego wcale nie osłabia, wiadomo bowiem, że i inne choroby, jak trąd, którego przyczyną są bezsprzecznie prątki, dur brzuszny, dur wysypkowy i wiele ostrych osutek nie przenoszą się na zwierzęta; wiadomo również, iż odwrotnie księgosusz i zaraza płucna nie przenoszą się na ludzi.

Niektóre spostrzeżenia wszelakoż na ludziach równają się doświadczeniom mającym na celu wywołanie cholery przez prątki przecinkowe u ludzi, np. 1) Ogólnie znaną jest rzeczą, że praczki, mające do czynienia z bielizną cholerycznych, bardzo często na cholerę zapadają. Badanie plam kałowych na bieliźnie wykazało, iż składają się wyłącznie ze śluzu i prątków przecinkowych, nie zawierają zaś innych prątków. W jakikolwiekbądź sposób tedy nastąpiłoby zarażenie, czy przez dostanie się części zaraźliwych za pośrednictwem rąk do pokarmów, czy przez wpadnięcie kropel wody do prania użytéj na wargi i do jamy ustnéj, w każdym razie przedstawia się cała rzecz jakby doświadczenie karmienia człowieka małą ilością sztucznie wyhodowanych prątków przecinkowych.

2) Koch wykazał w wodzie sadzawki (*tank*) w Bengalii, w któréj poprzednio prano bieliznę pierwszego chorego cholerycznego w najbliższéj okolicy, obfitą ilość prątków przecinkowych. W przeciągu kilku dni zmarło z pomiędzy 200—300 mieszkańców, mieszkających w pobliżu i czerpiących wodę z sadzawki do picia i na cele gospodarcze 17 osób na cholerę. Przez cały czas téj miejscowéj epidemii, dały się wykryć w sadzawce prątki przecinkowe, po ustaniu epidemii takowe w wodzie sadzawki się nie znachodziły.

(Dokończenie nastąpi).

Prof. F. Schauta (w Insbrucku): **Studyja doświadczalne nad skutecznością sposobu Schultzego cucenia noworodków pozornie nieżywych.**

Wśród przebiegu sprawy porodowéj sprawiają rozmaite przyczyny, że wymiana gazów w ustroju płodu staje się niedostateczną a wśród przyczyn tych rozróżnić należy dwie grupy. Jedne z nich upośledzają przybieranie tlenu przez ustrój noworodka, drugie sprawiają niedostateczne oddawanie tego gazu przez organizm matki. Do pierwszych zaliczyć należy przedwczesne odklejenie się łożyska, ucisk na pępowinę, utrudnienie czynności serca, ostatnie zwłaszcza wśród ucisku wywartego na czaszkę. Do drugich przedewszystkiém należy długotrwały ucisk na naczynia macicy, sprowadzony przez długotrwające i szybko po sobie następujące bóle porodowe. Do rzadszych przyczyn należą schorzenia matki, w skutek których zmniejsza się ilość tlenu we krwi matki lub ilość saméj krwi, a ostatecznym rezultatem bywa zawsze zmniejszenie ilości tlenu, dostającego się do krążenia płodowego. Krew płodu staje się żylną, drażni ośrodki oddechowe w rdzeniu przedłużonym i wywołuje przedwczesne ruchy oddechowe. Jeżeli otwory oddechowe nie są wolne, następuje aspiracyja wody płodowéj lub krwi i tym sposobem utrudnienie dla dostania się powietrza po porodzie. Dłużéj trwający brak tlenu doprowadza do porażenia ośrodków ruchowych, ruchy serca upośledzone już przedtém ustają zupełnie i śmierć następuje.

Jeżeli jednak dziecko rodzi się wcześniéj, to nastąpić to może w czasie, gdy odruchowość jest dopiero upośledzona lecz nie zniesiona, lub téż gdy jedynie słabe ruchy serca świadczą o istnieniu życia, odruchowość jest jednak całkowicie zniesiona. W każdym z tych przypadków należy uczynić zadość trzem wskazaniom, aby płód do życia przywołać a mianowicie: usunąć istoty aspirowane, podniecić ruchy oddechowe i usunąć przeszkody w krążeniu.

Pierwszemu z tych wskazań czyni się zadość usuwając mechanicznie masy aspirowane z pierwszych dróg oddechowych, czy to za pomocą palca czy też za pomocą cewnika; drugiemu i trzeciemu czyni zadość, w miarę czy się ma do czynienia z pierwszym czy drugim stopniem asfiksyi: zadrażnienie skóry lub sztuczne oddychanie. Wobec drugiego stopnia zamartwicy jest drażnienie skóry szkodliwém, zwiększa bowiem czynność serca i napływ krwi do płuc, które powietrza nie zawierają. W tych tedy przypadkach jest sztuczne oddechanie koniecznie potrzebném.

Z szeregu metod sztucznego oddechania najwięcéj uznania zyskał sobie w ostatnich czasach sposób Schultzego, polegający na huśtaniu noworodków. Sposób ten rozpowszechnił się najwięcéj i uznany za najskuteczniejszy bywa zazwyczaj stosowany, dla tego nie od rzeczy będzie przytoczyć opis postępowania w dosłownem tłumaczeniu z pierwszéj pracy autora (*Jenaische Zeitschrift f. M.*, II, 1866) zwłaszcza, że nieodpowiednie postępowanie było już bezwątpienia, zdaniem samego Schutzego, nieraz przyczyną niepowodzenia.

„Dziecię ujmuje się za barki w ten sposób, że po obu stronach przypada wielki palec na przodkową powierzchnię klatki piersiowéj, palec wskazujący w obie pachy od tyłu, resztę palców obu rąk układa się na poprzek na plecach dziecięcia. Obwisła główka opiera się o sprychowe strony obu dłoni. Lekarz stoi nieco ku przodowi przechylony, rozstawiwszy nogi, trzyma dziecię w sposób opisany wyciągnąwszy ramiona ku dołowi. Następnie bez przestanku kołysze dziecko ku górze, mając ramiona wyprostowane, a w chwili gdy one zbliżają się do wysokości 45° nad poziom ustaje zwolna, aby ciała dziecięcia nie przerzucić, lecz łukowato je obniżyć, tak żeby brzuszek został uciśnięty ciężarem dolnéj części kadłuba; w téj chwili spoczywa cały ciężar ciała dziecięcia na wielkich palcach lekarza, które leżą na przodkowéj części klatki piersiowéj. Przez ten ruch bywają uciśnięte wszystkie trzewa klatki piersiowéj nietylko przez przeponę lecz także przez same ściany klatki piersiowej, a jako rezultat tego biernego wydechu pojawiają się częstokroć już teraz aspirowane płyny obficie przed otworami dróg oddechowych. Skoro członki dziecięcia opadły zupełnie, porusza lekarz ramiona ku dołowi pomiędzy rozstawione nieco swoje odnogi dolne. Ciało dziecięcia bywa tym sposobem od razu wyprostowane; na klatkę piersiową przestaje już działać ucisk sprawiony poprzednim ruchem, a ona może teraz rozszerzyć się w skutek własnéj sprężystości a mianowicie, ponieważ dziecię wisi na swoich odnogach górnych i końce mostkowe żeber są przez to poniekąd ustalone, przyczyni się ciężar ciała dosyć znacznie do podniesienia

żeber; przepona obniży się, a to w skutek zamachu, którego doznaje treść jamy brzusznéj. Tak więc powstaje głęboki wydech w drodze wyłącznie mechanicznéj. Po kilku sekundach wznosi się dziecię znowu do góry a w chwili gdy ono całym swoim ciężarem uciska na wielkie palce, leżące na przodkowéj stronie klatki piersiowéj, następuje mechaniczny wydech, wśród szelestu dającego się zazwyczaj usłyszeć. W téj chwili wypływają aspirowane ciecze z ust i nosa a częstokroć bywa i smółka wydalaną".

Kilka sekcyj stwierdziło już skuteczność opisanego sposobu. Do dziś dnia nie ogłosił Schultze nic więcéj w tym kierunku i nie uważał za potrzebne dawać jakiekolwiek wyjaśnienia w téj sprawie. Obok Schultzego stwierdził również Runge prawdziwość spostrzeżeń i to przy stole sekcyjnym. (*Berl. klin. Woch.*, 1882, Nr. 18).

Hofmann (*Lehrb. d. g. Med.*, 1884, str. 704) zarzuca Rungemu, że w przypadkach jego nie można było wykluczyć stanowczo możności oddychania podczas porodu. S. twierdzi, że jeżeli kto inny stosuje sposób Schultzego a kto inny wykonywa sekcyję, nie można być pewnym czy dziecięciu jeszcze inny praktykant kliniczny nie wdmuchiwał powietrza za pomocą cewnika i nie wypełnił po śmierci płuc powietrzem innym sposobem a nie Schultzego. Zarzut Hofmanna odnosi się również do przypadku opisanego przez samego Schultzego; to téż Hofmann przedsięwziął szereg doświadczeń ponownych na materyjale jaknajodpowiedniejszym. Doświadczenia jego wykonane na dzieciach, które z pewnością żyć przestały przed pęknięciem błon płodowych albo dopiero przy sekcyi zostały wydobyte z łona matek nie sprawdziły wcale twierdzeń Schultzego: płuca pokrajane w drobne kawałki opadały na dno naczynia. Ujemnym był również rezultat doświadczeń przedsięwziętych na szczeniętach, wydobytych ze suki uduszonéj w czasie, gdy młode były już prawie donoszone.

Przedmiot niniejszéj rozprawy jest nader ważnym nietylko dla medycyny sądowéj, lecz także dla praktyki lekarskiéj, dla tego téż zaraz po ukazaniu się dzieła Hofmanna powziął autor zamiar powtórzenia doświadczeń, gdyż jedynie szereg doświadczeń kontrolujących, przedsięwziętych z uwzględnieniem najdrobniejszych szczegółów, może doprowadzić do rozstrzygnienia sprawy. Nader trudno jest o materyjał odpowiedni, chodzi bowiem głównie o to, ażeby płód użyty do doświadczenia żyć przestał z pewnością przed pęknięciem błon płodowych, to téż autor miał pierwotnie zamiar doświadczać płody bez uwzględnienia téj okoliczności, a wyczekiwać równocześnie na przypadki, odpowiadające w zupełności wymienionym warunkom. Sposobność nadarzyła się niebawem. W krótkich stosunkowo odstępach czasu badał autor dwa płody tego rodzaju — doświadczenia tę rzecz rozstrzygnęły. Gdy jednak niezadługo trzeci przypadek tego rodzaju rezultat poprzednio uzyskany całkowicie potwierdził, uznał S. za odpowiednie ogłosić ten szereg spostrzeżeń w niniejszéj pracy. (Dok. nast).

Wiadomości pomniejsze.

(A. K.) Tak zwana **Trichorrhexis nodosa**, polegająca na rozdęciu włosa z uformowaniem się zgrubienia białego koloru, polega podług Dra Wolffberga na zmianach urazowych włosów, wywołanych np. tarciem, jakiego używamy przy obsuszaniu ich po umyciu się. W. umyślnie wywołał powyższe zmiany w połowie swéj brody, i faktem tym unicestwił liczne teoryje, któremi starano się tę chorobę włosów wytłumaczyć. (*D. med. Wochenschrift* z 31 lipca).

(A. K.) **Czy suche tkaniny mogą przenosić przyrzut choleryczny?** W Basler Nachrichten opisany przypadek, w którym cholera rozpoznana była klinicznie przez Biermera, a anatomicznie przez Klebsa. W r. 1867 podczas cholery panującéj w Zurychu, powstała także słaba epidemija w Kriegstetten; śledcze poszukiwania wykazały, że miejscowa papiernia zaopatrzyła się w gałgany w Zurychu, a pierwsze ofiary były pomiędzy pracującymi w fabryce i to zatrudnionymi przy gałganach. (*Allg. med. centr. Zeit.* z 9 bm.)

(A. K.) **Odwar korzenia kozłka** *(valeriana)* **30:1000, jako środek do opatrywania ran** zaleca Dr. Arragon; stosując tę oprawę A. utrzymuje, że rany o wiele szybciéj się goją, a ból niezawodnie ustaje. A. sądzi, że lek przez niego polecony działa antyseptycznie, gdyż w cieczy téj drobnotwory zupełnie nie rozwijają się. (*Le progrès médical* Nr. 33).

(A. K.) **Antipiryn w praktyce dziecięcéj** zbadał i ogłosił prof. Dr. Penzoldt w *Berl klin. Woch.* Nr. 30. Antipyryn obniża ciepłotę u gorączkujących dzieci o kilka nawet stopni i obniżenie to trwa kilka godzin; tętno staje się tylko nieco mniéj częstém, a wpływ antipirynu na stan ogólny organizmu jest dobry. Przy podawaniu antipirynu czasem dzieci dostają wymiotów; jeśli takowe uporczywie powtarzają się, radzi P. zadawać polecany przez siebie lek *per anum.* Najstósowniejszą dawką dla dzieci jest podawanie co godzina, w pierwszych trzech godzinach, po tyle decigramów, ile dziecko ma lat; w lawatywie dawkę powyższą należy zwiększyć o 3—6 razy. Antipiryn podaje się w wodnym rozczynie z dodatkiom syropu.

IV. Listy „z zachodniego kraju".

IV.

Zamożna i w znacznéj części piśmienna ludność litewska na północnych kresach naszego kraju, dawniéj już korzystająca z cywilizacyjnych nabytków, jest wstrzemięźliwszą w napojach, i pijaństwo na Litwie aż do czasów ostatnich należało do przypadków wyjątkowych. Włościanie Litwini z pewném zaufaniem udają się do pomocy lekarskiéj, a są okolice w gub. kowieńskiéj lub w przyległej augustowskiéj, w których utrzymuje się lekarz przeważnie z praktyki włościańskiéj. Stosunek ich jak zapewniają lekarze w tych okolicach zamieszkali do klijentów chłopów jest bardzo przyjemny i mogący bardzo każdego lekarza zobowiązać, a o wiele innym aniżeli w innych częściach naszego kraju. Włościanie posiadając pewną cechę uczciwości i delikatności, według możności wynagradzają tam pracę lekarską, nieraz opłacając ją razem po skończonéj kuracyi, nadużycie i wyzyskiwania lekarzy należą do przypadków zbyt rzadko tam się zdarzających; a oprócz czysto fachowego stosunku łączą nie jednego przez długie lata tam zamieszkałego lekarza z ludem węzły sympatyi i stawią go na świeczniku jakby apostolstwa wśród ludu, pracującego dla jego przyszłości! Inaczéj przedstawiają się gubernije z białoruską ludnością ubogą, przy lichym gruncie, ciemną i więcéj zdemoralizowaną, któréj nietylko szczupłe oszczędności, ale i skromny zarobek pochłania nałóg pijaństwa i w braku środków do życia, gorzałką zastępując niedostateczne pożywienie. Cóż i mówić o południowym obszernym pasie kraju, gęsto zaludnionym ruśińską ludnością, gdzie pomimo uro-

dzajności ziemi i bogatych płodów natury a łatwego zarobku w okolicach fabrycznych, pijaństwo podrywa wszelki dobrobyt, pochłania oszczędności z lat urodzajnych, i nałóg ten nigdzie nie dochodzi do tak przerażających rozmiarów jak na Ukrainie. Przy nizkim poziomie oświ. ty, pod wpływem tego strasznego wroga ludności, demoralizacyja i wszelkie zbrodnie mnożą się wśród niego, a w braku zaufania mało z pomiędzy ludu zwraca się do pomocy lekarskiéj, zadawalniając się swemi wiejskimi znachorami, a skutkiem braku wszelkich elementarnych pojęć higijenicznych, przy obojętności władz, szerzą się rozmaite choroby i epidemije, przedstawiając ogromną śmiertelność.

Pijaństwo, brak odpowiedniego pożywienia, nieraz wilgotne i ciasne chaty, wszystko to wpływa silnie od lat najmłodszych na poderwanie zdrowia i na wadliwość całego ustroju, sprowadzając zołzy, a do których lud zalicza często wśród niego napotykane przypadki dziedzicznéj kiły, którą nieraz całe rodziny bywają zakażone. Ludność wiejska, udając się czasem do lekarza, chciałaby aby ten od pierwszego a najwięcéj drugiego razu widzenia uzdrowił chorego, jeżeli to nie następuje, jak to bywa naprzykład w kile, to traci wiarę i udaje się do środków domowych, uważając pomoc lekarską za bezskuteczną. Pierwsze objawy kiły rzadko kiedy u włościan bywają leczone radykalnie aż do wyleczenia się zupełnego, dla tego to często widujemy formy zastarzałe, przebiegające pod wpływem silnego nadużycia napojów wyskokowych, i jeżeli jéj ulega cała rodzina, co w takich razach zwykle bywa, to odziedziczają ją po rodzicach dzieci w najrozmaitszych postaciach; okoliczność ta przy braku wszelkich anamnestycznych danych stawi często lekarza w zbyt trudne położenie do orzeczenia, czy miał do czynienia z zołzami czy kiłą, i najczęściéj samo leczenie rozwiązuje tę wątpliwość. Przy braku wszelkiéj statystyki racyjonalnéj możemy mówić tylko przypuszczalnie o chorobach nawiedzających lud nasz: prawdopodobnie w skutek oddawania się od młodości aż do śmierci pijaństwu i to od wielu pokoleń, powstają dziedziczne choroby nerwowe, jak padaczka często spotykana, rzadziéj pląsawica, cierpienia umysłowe, wrodzony idyjotyzm. Wielu z pomiędzy zbrodniarzy, zabójców, złodziei i podpalaczy, których bardzo niedawno jeszcze knutowano u nas, należeli i należą w znacznéj części do umysłowo chorych, następny pobyt tych nieszczęśliwych w kazamatach lub na Syberyi stwierdzał ich stan umysłowy. A ileż to tych biedaków nacierpiało się jeszcze, ponosząc od ludzi karę za swe obłąkanie. Choroby serca nie należą do zbyt częstych. Przy złych higijenicznych warunkach suchoty u włościan przebiegają złośliwie i prędko, zarówno w północnym klimacie Litwy, jak suchym i ciepłym Ukrainy. Przeciw tym wszystkim chorobom włościanie używają najprzeróżniejszych leków, ziół i korzeni, nieraz nawet niezbyt niewinnych i przynoszących uszczerbek znaczny zdrowiu. Kołtun, o którym tyle niegdyś rozpraw pisano dla udowodnienia, że jest to jakaś endemiczna choroba błotnistych i nizkich miejscowości Polesia, dziś jako taka przestała istnieć, a przy zwiększającém się ochędostwie i dobrobycie ludu, liczba jéj przypadków coraz bardziéj się zmniejsza. Z chorób chirurgicznych lekarz najczęściéj miewa do czynienia z rakiem dolnéj wargi u mężczyzn i z rakiem sutka u kobiet; kamienie moczowe należą u nas do zjawisk rzadszych aniżeli to ma miejsce w gubernijach wielkorosyjskich. W cierpieniach położniczych rzadko kiedy włościanie udają się do pomocy lekarskiéj, i jeżeli rozwijają się u kobiet śmiertelne choroby, to częściéj nie skutkiem samego połogu a prędkiego po nim powrotu do ciężkiéj pracy fizycznéj i tych barbarzyńskich manipulacyj, jakiemi są ze zwyczaju męczone kobiety; jak np. dla prezerwatywy przeciw chorobie wciągają powłoki brzucha położnicy do garnka, lub wieszają ją na haku przez pół opasując, lub znowu okurzając, albo sadzają nad rozżarzonemi węglami, dla wypędzenia mogących być w macicy chorób przez wzbudzanie potów. W ten sam sposób na Litwie leczą choroby wszelkie, tak u mężczyzn jak i u kobiet, aby zmniejszyć we wsze strony pełzającą macicę, raz wchodzącą w ręce, to znowu w nogi, w głowę itd. Klimatyczne warunki na południu wpływają znacznie na wcześniejszy rozwój kobiet, aniżeli w północnéj Litwie, a zarówno większy pociąg płciowy, który przy braku moralnych podstaw i religijnych uczuć w ludzie, daje mu możność od lat dziecinnych nieraz oddawać się tym uciechom. Ciężarne dziewczęt nie robią prób pozbycia się płodu przedwcześnie, jak to się praktykuje w klasach zamożniejszych, u szlachty lub u żydów; lud pobłażliwiéj patrzy na przekroczenia przeciw moralności i oprócz szeptania bab lub ziół niewinnych, żadnych spędzających płód środków, zwłaszcza chirurgicznych, nie używa.

Do chorób silnie grasujących w kraju naszym, z jakiemi najbliżéj lud południowo-zachodnich gubernij jest obznajmionym, należy zimnica. Nawiedza ona ludność zamieszkującą niskie miejscowości położone nad rzekami, jeziorami i stawami, nigdzie nieoczyszczonemi a obfitującemi w gnijące roślinne produkty, zanieczyszczające powietrze już na daleką przestrzeń. Jeżeli brzegi większych rzek naszych Dźwiny, Niemna i Wilii używają opinii okolicy zimniczéj, to najgorszéj i zasłużonéj złéj sławy pod tym względem używają brzegi Dniestru i Dniepru. Pod względem częstości zapadających na zimnicę wybrzeża Dniepru według obserwacyi prof. Pokrowskiego i innych lekarzy długie lata zamieszkałych na Kaukazie mogą z nim iść w porównanie, różniąc się tylko mniejszą złośliwością. Bywają jednak i tu zimnice uparte, nieustępujące nieraz przed żadnėm leczeniem, oprócz zmiany miejscowości; zimnice często przyłączają się tu do innych chorób, utrudniając rozpoznanie, a przebieg jéj saméj wielce bywa rozmaitym. Przy długiém trwaniu zimnica sprawia ogólne wycieńczenie, sprowadzając nieraz u dzieci nawet śmierć. Pomimo wielu środków przeciwzimniczych, wprowadzonych ostatniemi czasy do medycyny, w wielu przypadkach ani przetwory salicylowe, ani nalewka jodowa wewnętrznie zadawana nie są w stanie zastąpić kosztownego chininu, który jeden tylko w wielu razach ulecza, a przez to coraz bardziéj zyskuje na wziętości u włościan i zastępuje wszelkie środki ludowe jak szeptanie, zamawianie, bobownik, piołun i inne leki, o których bezskuteczności coraz się więcéj przekonywują.

Co do chorób epidemicznych to niezrozumienie wszelkich prawideł zdrowotnych, a również nie przestrzeganie ich i obojętność na to władz miejscowych, sprzyja ich ciągłemu rozwojowi. Nie mówiąc już o miastach i miasteczkach naszych, owych gniazdach wszelkich nieczystości a ztąd i chorób, nie mających ścieków wody, która tworzy na ulicach i placach kałuże błota, gdzie gnicie wszelkich odpadów organicznych i zwierząt domowych, przy braku dobréj i czystéj wody stanowią rezerwoary epidemij dla ludzi i bydła. Po wsiach nielepsze są warunki zdrowotne, a zwyczaj moczenia konopi w jesieni, jaki się powszechnie praktykuje, zanieczyszcza powietrze i wodę, którą piją zwie-

rzęta domowe i ludzie. Jedném słowem, każda choroba zaraźliwa znajduje tu wszelkie sprzyjające warunki do rozprzestrzenienia się i utrzymania się na miejscu przez zły stan higijeniczny. Jeszcze wsie litewskie zazwyczaj małe i daleko od siebie odległe, których mieszkańcy przy złych drogach i braku handlowych stosunków rzadko z sobą się stykają, będąc oddzieleni lasami, znajdują się w szczęśliwszém położeniu pod względem przenoszenia zakaźnych chorób, aniżeli się to dzieje na Rusi, gdzie wsie wielkie, gęste i ludne, a stosunki ułatwione. Nie mówiąc o durzycy, która, jeżeli dotknie wieś jaką daje ogromną śmiertelność i jeżeli chory włościanin przebędzie chorobę i nie umrze z braku dozoru, to następuje śmierć z następstw, jakie zwykle potém mają miejsce przy złém zachowaniu się chorego. Od czasu ostatniéj wojny tureckiéj durzyca stała się w naszych wsiach na południu chorobą często w nich goszczącą i zabierającą nie mało ofiar, pojawiającą się w rozlicznych postaciach, a często mającą bieg odmienny od typowych, tak że nieraz nie bywa ani przesilenia oczekiwanego, ani owych potów zbawiennych, a ciepłota w czasie choroby nie przedstawia też właściwych dla durzycy krzywych linij. Daleko silniéj jeszcze aniżeli durzyca grasowała u nas epidemicznie błonica, dziś stając się chorobą sporadyczną, nawiedzającą od czasu do czasu jednostki w rozmaitych okolicach, przy nieznanych atmosferycznych wpływach, gdzie wpływ zakażenia się bezwarunkowo musi być wykluczonym. Nie mieliśmy od dawna tak strasznéj epidemii, któraby tyle ofiar zabrała w naszym kraju, jak błonica panując przez ośm lat epidemicznie i zabierając podrastające pokolenie. Ani dżuma nie wzbudziła takiego panicznego strachu u nas, ani żadna z epidemij cholery nie przerzedziła tak ludności jak błonica: przychodząc z południowych gubernij cesarstwa: ekaterynosławskiéj i chersońskiéj, i stopniowo rozszerzając się po pogranicznych powiatach gub. kijowskiéj i podolskiéj, a ztąd przechodząc do innych powiatów. W r. 1880 i 1881 doszedłszy do najsilniejszego rozwoju, stopniowo zaczęła się zmniejszać, przechodząc ztąd na północ na Litwę i Białoruś, lecz tam widocznie nie znalazła zbyt sprzyjających warunków dla swego rozwoju, bo nie dosięgnęła téj siły co na południu i ograniczyła się szerząc się tylko po większych miastach. Historyja przebiegu téj epidemii przez cały czas jéj trwania na południu, zacząwszy od r. 1876, a któréj naocznemi byliśmy świadkami, poucza, że może nigdzie nie grasowała z taką siłą jak tutaj, dla tego więc przy używaniu najrozmaitszych leków przekonaliśmy się, że tylko przypadki lżejsze przechodzą pomyślnie, gwałtowniejsze zaś urągają całemu naszemu arsenałowi środków lekarskich i czynią nas niemymi tylko świadkami téj strasznéj choroby; w tych np. przypadkach, które w 48 godzinach pozbawiają życia dziecko. Sam lud, którego epidemija błonicy najbardziéj dotknęła, zwątpiwszy w jakąkolwiek pomoc, z rezygnacyją znosił karę Bożą, uciekając i kryjąc się po lasach z choremi dziećmi, aby Jéj woli się nie sprzeciwiać i nie być zmuszonym leczyć błonicę przez lekarzy lub przez sanitarne oddziały czerwonego krzyża. Jednakże cała czynność administracyi naszéj w przeciągu istnienia epidemii nic nie zdziałała więcéj, oprócz rozsyłania rozlicznych instrukcyj lekarzom, jak leczyć błonicę, jak również tracąc czas na ogromnéj a bezużytecznéj korespondencyi biurowéj, pomiędzy władzami gubernijalnemi a powiatowemi i zarządami gminnemi, które układały dobrowolną cyfrę śmiertelności, przeznaczoną dla statystyki gubernijalnéj; była to więc metoda wyczekiwania, która w końcu doczekała się tego, że epidemija błonicy, straciwszy na sile i widocznie nie znajdując odpowiednich, a nie znanych nam warunków dla dalszego istnienia, zaczęła sama przez się zmniejszać się, zostawiając wśród ludności straszne o sobie wspomnienie.

Cholera dotąd szerząca się tylko we Francyi powinnaby zwrócić uwagę naszéj władzy na możebność przeniesienia jéj do nas, zwłaszcza, że u nas niebezpieczeństwo tém większe, że może znaleźć ona sprzyjające warunki dla swego rozwoju, podtrzymywane przez bezzasadność i brak wszelkich najelementarniejszych higijenicznych pojęć miejscowéj ludności. *Dr. Jan Iłgowski.*

V. Międzynarodowy kongres lekarski w Kopenhadze.

(Dokończenie. Patrz Nr. 33).

Podając niniejszém dalszy ciąg sprawozdania z Kongresu międzynarodowego w Kopenhadze, przedewszystkiem przytaczamy dokładny wykaz odczytów mianych przez polskich lekarzy:

I. Prof. Mikulicz z Krakowa miał następujące odczyty:

1) Przyczynek do chirurgii jelit.

2) O leczeniu przeciwgnilném przy laparotomii.

3) O wartości jodoformu w leczeniu ran na błonach śluzowych.

II. Prof. Adamkiewicz z Krakowa czytał:

1) O zabarwieniach dyferencyjalnych rdzenia pacierzowego.

2) O zadrażnieniu, urazie i ucisku mózgu (objaśniając rzecz wyrobami mikroskopowymi).

3) Okazał wyroby mikroskopowe dotyczące zmian histologicznych przy uwiądzie rdzenia pacierzowego.

III. Prof. Kosiński z Warszawy miał odczyt o operacyi wycięcia nerki.

IV. Dr. Wicherkiewicz z Poznania kilkakrotnie brał udział w dyskusyi w sekcyi oftalmologicznéj.

Prof. Adamkiewicz został wybrany prezesem honorowym w Sekcyi psychijatryczno-neurologicznéj.

Oprócz wzmiankowanego już w przedostatnim numerze Przeglądu odczytu Pasteura i Tomassi-Crudellego, odbyły się następujące odczyty na posiedzeniach ogólnych:

1) Verneuila z Paryża: *La diathèse néoplastique.*

2) Sir William Gulla z Londynu: O międzynarodowém zbiorowém badaniu chorób (*International Collective Investigation*).

3) Virchowa: *Über Metaplasie.*

4) Panuma z Kopenhagi: *Sur les recherches des rations alimentaires des hommes sains et malades surtout dans les hôpitaux, les infirmeries et les prisons des différents pays.*

Wycieczka członków Kongresu z damami do Helsingör i Kronborg, odbyta w jednę stronę parowcami, napowrót koleją żelazną, dała sposobność poznać malownicze brzegi Suudu i była pierwszym objawem kolosalnych przygotowań, jakie Rząd duński i obywatelstwo, nie szczędząc kosztów, poczyniły celem godnego i wspaniałego przyjęcia tysiąca gości z całego świata.

W dniu 14 sierpnia odbył się obiad dany przez gminę miasta Kopenhagi, w umyślnie na ten cel wybudowanéj w porcie hali oszklonéj. Przemawiali dziękując miastu za gościnność: Pasteur, Sir James Paget, Tomassi-Crudelli, Rauchfuss, Virchow. Bezpośrednio po obie-

dzie udali się członkowie parowcami, ozdobionymi flagami różnych narodów, do ogrodu Tivoli iluminowanego na cześć przybyłych.

W dniu 15 sierpnia zaproszeni zostali wszyscy zagraniczni członkowie Kongresu na herbatę do Króla duńskiego w pałacu „Christiansborg." Powitała gości cała familija królewska, i królestwo greccy.

W dniu 16 sierpnia po urzędowém zamknięciu Kongresu odbył się bal w „Etablissement national."

Na miejsce przyszłego Kongresu w r. 1887 przeznaczono Washington w Stanach Zjednoczonych.

Wspaniałe i przechodzące wszelkie nadzieje przyjęcie zrobiło na gościach przedewszystkiém to miłe wrażenie, iż stan lekarski w państwach skandynawskich wyrobił sobie wybitne stanowisko i ogólne uznanie, gdy wszystkie warstwy społeczeństwa, od ludu do króla, współzawodniczyły w pełném zapału przyjęciu gości lekarzy. *Dr. Poniklo.*

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* *Wiener med. Presse* (z 3 bm.) podaje statystyczne szczegóły zasługujące na to, ażeby rządzący i rządzeni zwrócili na nie baczną uwagę. Wbrew twierdzeniom pruskiéj Komisyi, wysadzonéj przez Ministeryjum oświaty, że przeciążenie naukami w szkołach nie wpływa na zwiększanie się liczby cierpień umysłowych między młodzieżą szkolną Dr. Presl na podstawie liczb zaczerpniętych ze statystyki austryjackiéj naocznie przekonuje, że liczba przypadków pomięszania między uczniami szkół średnich, specyjalnych i wyższych wzrasta, a jako przyczynę tego smutnego stanu rzeczy wytyka przeciążenie pracą uczących się. W austryjackich zakładach dla obłąkanych było uczniów:

W r. 1873—62 m., 2 k. —	w r. 1877— 95 m.,—k.—
„ „ 1874—59 „ 2 „ —	„ „ 1878— 86 „ — „—
„ „ 1875—61 „ — „ —	„ „ 1879—103 „ 2 „—
„ „ 1876—73 „ — „ —	„ „ 1880— 93 „ — „—

Należy jeszcze uwzględnić tę okoliczność, że znaczne zwiększenie się przypadków pomięszania w r. 1877 przypada z wprowadzenia nowego programu (r. 1876) dla szkół realnych i wyższych specyjalnych. Co do rodzaju pomięszania, to rosną przedewszystkiém te, które powstają w skutek nadmiernéj pracy umysłowéj. W dalszym ciągu liczbami dowodzi Dr. Presl, że zwiększająca się ilość przypadków pomięszania nie zależy od zwiększającéj się liczby frekwencyi szkolnéj.

* **Cholera** we Francyi południowéj powoli ustaje, mieszkańcy wracają do Marsylii i Tulonu, a we Włoszech północnych pojawiają się w wielu miejscach przypadki poszczególne, ale dotąd nie przyszło do utworzenia się gniazda większego. Tak więc zdaje się, że na rok bieżący, niebezpieczeństwo minęło dla Europy środkowéj.

* Z Wiednia donoszą, że w skutek postępów jakie czyni cholera we Włoszech, prezydent ministrów hr. Taffe zwołał nadzwyczajne posiedzenie Najwyższéj Rady sanitarnéj na d. 25 bm. Na posiedzeniu tém uznała Najwyższa Rada, że cholera panująca we Włoszech jest epidemiczną, że należy zaostrzyć przepisy na granicy i granicznych stacyjach kolejowych, lecz proponowanego zamknięcia granicy Rada nie uchwaliła.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 10—16 sierpnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 22.2. Z ospy umarło 1 (0 z. t.); z płonicy 0 (1 z. t.); z błonicy 0 (1 z. t.); z duru brzusznego 3 (0 z. t.); z róży 2 (0 z. t.); z kiły 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku odry, 8 płonicy, 3 krztuśca, 2 duru brzusznego, 3 czerwonki. Od 3—9 sierpnia zachorowało na ospę w Londynie 72, umarło 16, leczyło się w szpitalach 845. W Paryżu, Petersburgu, Madrycie i San Francisco umarło po 1, w Liwerpolu, Odesie i Brukseli po 2, w Pradze, Nowym Orleanie po 3, w Rzymie 4, w Lizbonie 5, w Kalkucie 11, w Madrasie 18. Tyfusy częstsze bywały w Zurychu, Paryżu i Petersburgu. Z duru osutkowego umarło w Londynie, Saragosie, Granadzie po 1, w Madrycie 2, w Palmie 4. Z cholery umarło w Madrasie (od 14—20 czerwca) 1, w Kalkucie (od 22—28 czerwca) 26.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 3 do 9 sierpnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 22,2; w Warszawie 37,0; w Poznaniu 33,1; w Wiedniu 21,6; w Budapeszcie 33,1; w Pradze 30,6; w Berlinie 35,5; w Hamburgu 24,4; w Gdańsku 32,0; we Wrocławiu 38,5; w Mnichowie 29,7; w Dreźnie 31,9; w Lipsku 27,2; w Bazylei 17,8; w Brukseli 21,6; w Amsterdamie 31,7; w Hadze 28,1; w Paryżu 25,1; w Londynie 21,1; w Kopenhadze 22,0; w Stokholmie 18,3; w Chrystyjanii 20,1; w Petersburgu 29,4; w Odesie 46,8; w Rzymie 29,1; w Wenecyi 24,9; w Bukareszcie 25,2; w Madrycie 37,1; w Lizbonie 26,3; w Aleksandryi 35,3; w Nowym Jorku 37,0; w Filadelfii 26,4; w Bombayu 23,0; w Madrasie 31,2. *J. B.*

Śmiertelność we Lwowie (liczącym 115.544 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). W tygodniu od 3—9 bm. umarło osób 57, co odpowiada na rok i 1,000 m. 25,7. W tym czasie umarło z ospy osób 3, z płonicy 2, z krztuśca 1, z gorączki połogowéj 1.

W tygodniu od 10—16 b. m. umarło osób 72, co odpowiada na rok i 1000 m. 32,4. W tym czasie umarło z ospy osób 2, z płonicy 1, z błonicy 1, z duru brzusznego 1.

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków d. 28 sierpnia. Kiedy południowa Europa walczy z epidemiją, a w innych krajach panuje panika choleryczna, miasto nasze wyróżnia się szczególnie korzystnym stanem zdrowia ogólnego, i w roku bieżącym najniższa śmiertelność przypada właśnie na ostatnie trzy tygodnie. Inaczéj mają się rzeczy w okolicy Krakowa, gdzie już w najbliższych podmiejskich wsiach panuje krztusiec i czerwonka, zabierające liczne ofiary.

* Niedawno wybrany Dziekan Wydziału lek. w Bernie szwajcarskiém prof. Dr. Nencki bawił w przeszłym tygodniu w Warszawie.

* **Ruch kąpielowy.** Do d. 14 sierpnia bawiło gości kąpielowych w Szczawnicy 2659, w Rożnowie do 21 sierpnia 1360, w Giesshübl u 311, w Lubaczowicach do 12 bm. 1187, w Gainfarn do 20 sierpnia 1053, w Cieplicach czeskich do 22 sierpnia 7138.

* W celu zapoznania uczącéj się młodzieży z hydryjatryczną gałęzią medycyny Akademija wojenno-medyczna w Petersburgu urządza osobny oddział hydropatyczny.

* **Wiedeń.** D. 16 sierpnia odbyła się skromna uroczystość setnego jubileuszu szpitala powszechnego. Z powodu jubileuszu Rada gminna udzieliła dyrektorowi szpitala Drowi J. Hoppmannowi wielki złoty medal Salwatora. Ciekawą jest statystyka ruchu chorych w wielkim tym zakładzie przez ciąg stulecia. Przez ten czas leczono w szpitalu osób 1,654.729, z których umarło 237.218 czyli 14·33%. W ostatniém dziesięcioleciu przyjęto chorych 208.397, a z nich umarło 27.348 czyli 13·12%. Średnio rokrocznie leczono 16.547, a umierało 2.372.

* **Berlin.** Urząd zdrowia cesarstwa przygotowuje podobno projekt ustawy, mającéj na celu zapobieganie chorobom zaraźliwym. Byłby to fakt bardzo ważny i naśladowania godny.

* Na posiedzeniu paryskiéj Akademii nauk d. 4 b. m. prof. Bouley oświadczył, że Dr. Nocard znajduje gruźlicze bakteryje w wydzielinie oskrzelowéj i macicznéj krów, podejrzanych o gruźlicę płuc lub narządu płciowego.

* *D. med. Zeit.* z 14 b. m. zawiera uwagi prof. Virchowa o cholerze, które ten uczony poczynił po wysłuchaniu odczytu Kocha o téj chorobie: „co do mnie, mówił Virchow, to stanowczo oświadczam, że od czasu pierwszych odczytów Kocha nabrałem przekonania, że prątki stanowią rzeczywiście istotę cholery: po ostatnim zaś odczycie jego przekonanie to zamieniło się w niezachwianą pewność"

* Prof. Charcot na posiedzeniu Akademii nauk d. 4 bm. oświadczył, że w liczbie niezawodnych środków przeciw cholerze, zaproponowanych Akademii przez rozmaitych dyletantów, znajdują się wanny z oliwy, a nawet i z moczu.

* Prezes lekarskiego Towarzystwa w Anglii zagaił po-

siedzenie przemówieniem, w którém wyraził życzenia dla naukowego rozwoju nauki lekarskiéj i dodał: „ażeby uzbroiwszy oko drobnowidem nie zapominano tego, co się widzi zwykłym wzrokiem; również że należałoby się walczyć przeciw kierunkowi, który dąży do podporządkowania terapii, anatomii patologicznéj i doświadczeniom farmakologicznym na zwierzętach“. (*The Lancet*, 2 b. m.

* Dr. Courvoisier wykonał z powodzeniem dwie operacyje w pęcherzyku żółciowym, z powodu kamieni nagromadzonych w pęcherzyku i jego przewodzie. W pierwszym przypadku po zagojeniu rany chora wróciła do normalnego stanu, prócz żółtaczki; po kilku miesiącach umarła ona z obustronnego zapalenia płuc, a sekcyja wykazała zarośnięcie przewodu żółciowego. W drugim przypadku zdrowie wróciło po 18 dniach. (*Corresp. f. Schw. Aerzte* z 1 b. m.)

* **Nekrologija.** W Anglii umarł znakomity dermatolog Sir Erazm Wilson w 75 roku życia. Jako były prezes Royal college of surgeons zapisał on temu Towarzystwu sumę 185.000 funtów szterl., a więc prawie 2 milijony złr. — W połowie bieżącego m. umarł we Francyi Dr. Burg; on pierwszy (1851 r.) wprowadził do medycyny metaloterapiję, o któréj napisał kilka poważnych rozpraw.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 34: Zieleniewskiego: Treść zasad hydroterapii, z dołączeniem opisu ojczystych zakładów wodoleczniczych. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 34: Nenckiego: O chemicznym składzie lasecznikow karbunkułowych. Szumana: Jak można sposoby opatrywania ran przeciwgnilne zastosować najlepiéj do zwykłéj praktyki lekarskiéj i do leczenia ubogich chorych. Karlińskiego: Kilka słów o lekarskiéj działalności Kopernika (odcinek).

Piśmiennictwo lekarskie. EBSTEIN W. Die Fettleibigkeit (Corpulenz) u. ihre Beh. n. physiol. Grunds. 6 Aufl. Wiesbaden 1884, Bergmann. M. 2. — ; geb. M. 2.50.

FRIEDRICH V. Diphtheritis u. deren erfolgreiche Behandlung. 8. Neuwied 1884, Heuser's Verl. M. 1.—

HARNACK E. Lehrbuch der Arzneimittellehre u. Arzneiverordnungslehre. 3 (Schluss) Lfg. gr. 8. Hamburg, Voss. M. 8.—. (cplt. M. 17.—).

AUVARD A. Ee la couveuse pour enfants. Av. fig. et planches. 8. Paris, Delahaye et Lecr. Fr. 2.

BALANDIN J. Klinische Vorträge aus dem Gebiete der Geburtshilfe u. Gynaecologie. 1 Hft. Mit 12 lith. u. 1 phototyp. Taf. St. Petersburg 1883, Ricker. M. 12.—

BALL B. Les familles des aliénés. 8 Paris, Baillière et fils. Fr. 3½.

BARETTE. De l'intervention chirurgicale dans les hernies étranglées etc. 8. Paris. Delahaye et Lecr. Fr. 3½.

BARTHEZ et SANNÉ. Traité chin. et prat. des maladies des enfants. 3. éd Tome I. 8. Paris, Alcan. Fr. 16.

BERICHT, ärztlicher, d. k. k. allgemeinen Krankenhauses zu Prag vom J. 1881. 8. Tab. u. 4 Taf. Prag, 1883, Calve. M, 3.—

— Aerztlicher. d. k. k. allgemeinen Krankenhauses zu Wien vom J. 1882 8. Mit 1 graph. Taf. Wien 1883, Braumüller. M. 5 —

BERICHTE d. naturwissensch.-medicinischen Vereines in Innsbruck. 13. Jahrg. 1882/83. 8. M. 2 Taf. u. 1 Photogr. Innsbruck 1883, Wagner. M. 3. 60.

BINZ C. Vorlesungen üb. Pharmakologie. (In 3 Abtlgn.) 1. Abtlg. gr. 8. Berlin, Hirschwald. M. 7.

BOCK E. Die Pfropfung von Haut u. Schleimhaut auf oculistischem Gebiete. 8. Wien, Braumüller M. 2. 40.

W zastępstwie redaktora: **Dr. A. Kwaśnicki.**

KONKURS.

W skutek upoważnienia Wysokiego c. k. Namiestnictwa rozpisuje się niniejszém Konkurs celem obsadzenia posady asystenta przy lwowskiéj szkole położnych z roczną płacą 400 złr. w. a.

Powyższa posada będzie nadaną tylko doktorowi medycyny na przeciąg dwóch lat, po upływie których może być przedłużoną pierwotna nominacyja na dalsze dwa lata.

W razie uzyskania pomieszkania dla asystenta w budynku szpitalnym będzie tenże obowiązanym takowe zamieszkać.

Ubiegający się o tę posadę winni wnieść podania swoje na ręce c. k. krajowego referenta sanitarnego przy c. k. Namiestnictwie we Lwowie najdaléj do 15 Września 1884.

Z dyrekcyi c. k. szkoły położnych.

Lwów dnia 19 Sierpnia 1884.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętosci średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 6 września 1884. № 36. Rok XXIII.

I. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

Przyczynki do nauki o wyłuszczeniu wola.

Podług wykładu mianego na Zjeździe poznańskim.

Skreślił Dr. H. Schramm,
asystent kliniki.

Wyłuszczenie wola należy obecnie do operacyj dosyć już rozpowszechnionych, tak że Liebert *(De l'excision du goître parenchym. Bull. de l'Acad. royale de méd. de Belgique* 1883 XVII Nr. 3, 4, str. 317—620 i *Centralbl. für Chir.* 1883, Nr. 35) w rozprawie swéj z roku 1883 mógł już oprzeć się na 351 znanych w literaturze przypadkach, a liczba ich po dodaniu opisanych w ubiegłym roku operacyj wola podniosłaby się co najmniéj o 100. Mimo to istnieją jeszcze dość liczne punkty sporne tak co do techniki operacyjnéj, wskazań do operacyi i następstw jéj dla ustroju, które dadzą się ostatecznie rozstrzygnąć dopiero na podstawie dłuższych spostrzeżeń i bardzo obszernéj statystyki, obejmującéj różnorodne przypadki. Zwłaszcza kwestyja chorób następowych po wyłuszczeniu wola, na które dopiero w ostatnich dwóch latach zwrócono uwagę, jest bardzo ważną i czeka jeszcze ostatecznego rozstrzygnięcia. Z tych powodów nie będzie może zbyteczne jeżeli podam spostrzeżenia, zrobione w tym kierunku w klinice prof. Mikulicza, mające za podstawę 14 przypadków wyłuszczenia wola całkowitego lub częściowego, których historyje chorób są pokrótce następujące:

1) Waleryja Tuchowska lat 15 licząca dziewczyna wiejska. Od 5 miesięcy zauważyła zgrubienie szyi, a w ostatnich 2 miesiącach głos stał się chrypliwy i wystąpiła duszność podczas nieco cięższéj pracy.

Stan obecny. Odżywienie dobre, narządy wewnętrzne zupełnie prawidłowe. Na szyi znajduje się wól wielkości pięści mężczyzny, zajmujący jednostajnie cały gruczoł. Głos chrypliwy zwłaszcza przy kaszlu, przy głębszym wdechu słychać szmer syczący jako znak zwężenia tchawicy. Badanie wziernikiem wykazuje upośledzoną ruchomość więzadła prawego. Dnia 16 grudnia 1882 r. wyłuszczył prof. Mikulicz cały wól. Cięcie wzdłuż wewnętrznego brzegu mięśnia mostko-sutkowego długie na 10 cm. Po oddaleniu prawego płatu, przyczém nerw krtaniowy dolny pozostał nieuszkodzony, ujęto część środkową gruczołu w kleszcze Péana i odcięto odosobnioną część wola, poczém wyłuszczono również płat lewy. Tchawica znacznie z boku na bok spłaszczona, lecz nie rozmiękczona. Przebieg po operacyi zupełnie prawidłowy, 5 dnia wyjęto sączki, rana zgoiła się zupełnie *per primam*, a 1 stycznia 1883, zatém w 15 dni po operacyi, opuściła chora klinikę. Głos jéj był jeszcze nieco chrypliwy lecz mniéj niż przed operacyją. Badanie wziernikiem wykazało podobnie jak poprzednio lekki niedowład więzadła prawego. — O dalszym losie choréj nie mogłem się nic dowiedzieć.

2) Rozalija Dziegdziowska, lat 18 licząca dziewczyna, zupełnie zdrowa i pięknie zbudowana. Przed kilku laty utworzył się guz na szyi, który w ostatnich kilku miesiącach szybko się powiększył. W dniu przyjęcia jéj do kliniki spostrzeżono na prawéj stronie szyi guz wielkości głowy noworodka, stojący w związku z gruczołem tarczykowym, wyraźnie chełboczący. Głos zupełnie czysty, więzadła głosowe prawidłowo ruchome. Dnia 17 stycznia 1883 r. wykonano punkcyję torbiebla, wypuszczono około 280 gramów cieczy barwy kawowéj, do torbiela wstrzyknięto 50 gramów nalewki jodowéj, którą po 5 minutach wypuszczono, a na szyję założono opatrunek uciskający z *collodium*.

Odczyn po tym zabiegu był dość znaczny. Szyja mocno obrzmiała; ciepłota podniosła się do 39·4 i utrzymywała się na téj wysokości przez 3 dni, poczém opadła do prawidłowéj. — Po 15 dniach opuściła chora klinikę, z takim samym obrzękiem na szyi z jakim przybyła.

W 2 miesiące późniéj przybyła chora powtórnie do

kliniki, stan jéj był niezmieniony. Z tego powodu wykonał prof. Mikulicz wyłuszczenie prawéj połowy gruczołu tarczykowego.

Cięcie skórne jak w przypadku poprzednim. Trudne odosobnienie nerwu krtaniowego opleconego drobnemi żyłami i 2ma gałązkami tętnicy tarczykowéj dolnéj. Po odosobnieniu całego płatu prawego podwiązano mostek gruczoła mocnym katgutem i zwyrodniałą połowę gruczoła odcięto. Tchawica nie była zwężona.

Przebieg po operacyi pomyślny z wyjątkiem, że w jednym przewodzie szwu płytkowego wytworzył się ropień, w skutek czego ciepłota na 7 dzień po operacyi podniosła się nagle do 40·2°C. Po otwarciu ropnia opadła ciepłota już na drugi dzień do 38·5, poczém pozostała już stale w granicach prawidłowych. Powstała po otwarciu ropnia przetoka przedłużyła nieco gojenie tak, że chora opuściła klinikę dopiero 12 marca, zatém w miesiąc po operacyi. Głos jéj był zupełnie czysty, porażenia więzadeł głosowych nie było.

3. Flora Demboszowa, lat 20 licząca, wieśniaczka. Od 3ch lat zauważa zgrubienie szyi. Głos nieco chrypliwy. Oddech przy silniejszych ruchach utrudniony; cięższa praca z powodu duszności niemożebna. Wól wielkości pięści złożony z kilku dość miękkich guzów, zajmujący głównie płat lewy. Więzadło głosowe lewe przy wydawaniu głosu bardzo mało ruchome. 24 lutego 1883 r. wyłuszczenie wola całkowite. Cięcie po stronie lewéj wzdłuż mięśnia mostkosutkowego długości 12cm. Wyłuszczenie lewéj połowy gruczołu, po dokładném odosobnieniu nerwu krtaniowego, również opleconego naczyniami tętniczemi. Przecięcie części środkowéj gruczołu, następnie wyłuszczenie płatu prawego, przyczém przy wydobywaniu dolnéj jego części i tkwiącéj głęboko pod mostkiem napotkano z powodu licznych porozszerzanych żył, na dość znaczne trudności. Nerw krtaniowy i po téj stronie pozostał nieuszkodzony. Krwotok podczas operacyi był znaczny, założono około 60 podwiązek. Tchawica mocno spłaszczona lecz elastyczna.

Po operacyi chora mocno osłabiona z powodu niedokrewności, tętno 120, drobne. Wieczorem chora przyszła do siebie, ciepłota prawidłowa, tętno 98.

Dalszy przebieg zupełnie pomyślny, bez gorączki. 6go dnia zmieniono opatrunek, rana zgojona *per primam*, usunięto sączki i szwy płytkowe.

9go dnia, gdy chora miała już iść do domu wystąpiło dławcowe zapalenie płuca prawego z gorączką 40·2, trwające 8 dni, podczas którego rana rozeszła się powierzchownie w dolnéj swéj części.

Dnia 20 marca, t. j. w cztery tygodnie po operacyi, opuściła chora klinikę z raną zupełnie zgojoną. Głos był jeszcze nieco chrypliwy. O dalszym losie choréj nie mogłem się dowiedzieć.

4. N. Poprawówna poprzednio zupełnie zdrowa. Od 5 lat zaczął się rozwijać guz w samym środku szyi, który obecnie dochodzi wielkości jabłka, wyraźnie chełboczący. Oddech przy nieco silniejszych ruchach nieco utrudniony. Głos zupełnie czysty.

W lutym r. 1883 wykonano punkcyję torbiela i wypuszczono około 100 gramów cieczy krwawéj, poczém wstrzyknięto 20 gramów nastoju jodowego, który po 5 minutach wypuszczono i założono na szyję opatrunek uciskający z kolodium. Odczyn dość silny, gorączka dochodziła do 38.5 i trwała 5 dni.

Po upływie 8 tygodni chora zgłosiła się powtórnie. Guz się nie nie zmniejszył tylko stwardł nieco, nadto powiększyła się prawa połowa gruczołu, jakotéż duszność wystąpiła jeszcze wyraźniéj. Głos czysty, więzadło głosowe prawidłowe.

Dnia 12 kwietnia 1883 wyłuszczył prof. Mikulicz średni i prawy płat gruczołu tarczykowego. Cięcie wzdłuż mięśnia mostko-sutkowego długości 10cm. Krwotok podczas operacyi dość znaczny, zwłaszcza przy wyłuszczaniu dolnéj połowy prawego płata, sięgającego dość głęboko pod mostek. Nerw krtaniowy otoczony 2 gałązkami tętnicy tarczykowéj dolnéj odsłonięto dokładnie i usunięto na bok, poczém oddzielono gruczoł od tchawicy i przecięto po poprzedniem podwiązaniu połączenie oddzielnéj części gruczołu z lewym płatem. Ranę wymyto jak zwykle 3% karbolem, założono dwa sączki, ranę zespojono 4 szwami płytkowemi, kilkunastu węzełkowemi i szwem kuśnierskim i założono opatrunek lekko uciskający z gazy jodoformowéj i worków trocinowych.

Przebieg zupełnie pomyślny. Ciepłota raz jeden podniosła się na drugi dzień po operacyi do 38·3, zresztą pozostała zawsze niżéj 38,0.

Czwartego dnia zmieniono opatrunek, wyjęto sączki i szwy płytkowe, a w 2 tygodnie po operacyi opuściła chora klinikę z raną zupełnie *per primam* zgojoną. Głos był czysty, więzadła prawidłowe, ruchome. (C. d. n.)

II. Z oddziału dla obłąkanych szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Przypadek obłędu ostrego (Delirium acutum).

Opisał Dr. K. Żuławski,
Prymaryjusz tegoż oddziału.

(Dokończenie. Patrz Nr. 35).

Objawy spostrzegane za życia a mianowicie bredzenia, zboczenia ruchowe przemawiające za utratą inerwacyi umysłowéj, przebieg gwałtowny podniecenia szałowego, stan gorączkowy, przemawiają za obłędem ostrym (*delirium acutum*) a w szczególności za postacią jego manijakalną. Śmierć nastąpiła dnia 9go z wycieńczenia sił i miała zupełne podobieństwo do śmierci zwierzęcia zgonionego (*Erschöpfungstod des abgehetzten Wildes* Schülego).

Sekcyja wykazała przekrwienie mózgu i opon jego, nadto zgrubienie ścian zatoki podłużnéj i kostniak wewnątrz zatoki.

Jak z jednéj strony przekrwienie mózgu i opon tegoż tłumaczy nam powstanie objawów podniecenia szałowego, tak z drugiéj strony obecność kostniaka daje nam podstawę anatomiczną całéj sprawy chorobowéj.

Opierając się na anamnezie przypuszczaćby należało, że zmiany znalezione w ścianach zatoki są następstwem kiły, przebytéj przed laty, a tém samém, że są to zmiany kilakowe (*gumma*). Atoli badanie mikroskopowe nie przemawia wcale za tém, jakoby to zgrubienie ścian było następstwem kilaka; badania zaś Virchowa wykazują, że i bez podstawy kiłowéj kostniaki powstają, i to nietylko w oponach samych lecz także w miąższu mózgu samego. Podaje on (*Die krankhaften Geschwülste*, t. II, odczyt 17), że w oponie twardéj pojawiają się wybitne kostniaki, które znacznéj objętości dochodzą, bo 2—3 cm. długości a 1—2 cm. szerokości, uważa je za następstwo *Pachymeningitis chronica ossificans* i przytacza, że dawniéj przypisywano im wielkie znaczenie pod względem wywoływania chorób nerwowych i

umysłowych, jak epilepsyi i manii. Z powodu wielkiego podobieństwa tych kostniaków do wyrośli kostnych, podaje cechy odróżniające, a mianowicie każe uwzględniać tę okoliczność, że kostniaki opon mózgowych zawsze od kości są oddzielone warstwą włóknistą, podczas gdy kostniaki wychodzące z okostnéj blaszki opony twardéj wcześnie z kością się zrastają. Kostniaki śródoponowe mają cienką włóknistą warstwę na powierzchni płasko-wypukłéj, która się zachowuje jakoby zewnętrzna okostna; kość nowotworowa jest zbita, płaska lub płasko wypukła, liczne kanaliki naczyniowe przebiegają w istocie kostnéj, z których wychodzą wypustki.

Kostniak znaleziony w zatoce podłużnéj ma wszystkie powyżéj opisane własności; na powierzchni płasko wypukłéj jest warstwa włóknista, zupełnie jak okostna się przedstawiająca, są otwory kanalików naczyniowych, z których wystają małe wypustki, a na błonie wewnętrznéj zatoki znajdują się również wypustki. Tém samém kostniak ten tłumaczyć należy jako utwór powstały w przebiegu przewlocznym zapalenia opony twardéj. Że kostniaki takie w oponie twardéj dość często się zdarzają, dowodzą dość liczne preparaty zasuszone, znajdujące się w zbiorze tutejszego zakładu anatomii patologicznéj. Natomiast dotychczas przynajmniéj nie ma w literaturze wzmianki o kostniaku w zatokach mózgu. O rozpoznaniu kostniaka w oponach, a tém mniéj w zatoce na podstawie objawów klinicznych mowy być nie może; możnaby co najwięcéj przypuszczać zakrzepicę zatoki, jednak niema objawu klinicznego, któryby przemawiał z pewnością za takiém rozpoznaniem; objawy zaś umysłowe są tak różnorodne i ogólne, że także rozpoznania pewnego nie dopuszczają. W tym przypadku zasługiwałyby na uwzględnienie objawy zastoinowe w nosie, jakoto krwotok z nosa, któryby za zatkaniem zatoki podłużnéj mógł przemawiać, atoli niepodobna z samego krwotoku nosowego, u obłąkanego rozpoznawać zatkanie zatoki podłużnéj, gdyż z jednéj strony krwotok towarzyszy wielu innym chorobom, a z drugiéj strony u chorego gwałtownego rzucającego głową krwotok z nosa i z przyczyn mechanicznych pochodzić może.

Jeżeli uwzględnimy powstanie i przebieg choroby u naszego pacyjenta, od sierpnia 1883 objawiającéj się przygnębieniem umysłu z nieznacznym bólem w szczycie głowy, nasuwało się przedewszystkiém przypuszczenie, że choroba umysłowa wywołaną była zmianami kiłowemi, a gdy po wcierkach pewne polepszenie nastąpiło, przypuszczenie to nabierało pewności, wobec braku zaś wszelkich objawów porażennych, godziło się pomyślniéj rokować; a to tém bardziéj, o ile doświadczenie uczy, że w kile mózgowéj wczesne leczenie odpowiednie czasem pomyślnym uwieńczone zostaje skutkiem, albowiem jeżeli nie następuje zupełne wyleczenie, to przynajmniéj przerwa przez czas dłuższy trwająca. Z drugiéj strony wypadało pomyśleć i o niedołęztwie porażennem, owéj chorobie, niestety coraz częściéj pojawiającéj się, zwłaszcza u mężczyzn w kwiecie wieku pozostających, a która w początkach swych mało się różni od kiły mózgowej. Wątpliwościom tym położyło kres nagłe wybuchnięcie szału połączonego z gorączką; jeżeli wtedy rozpoznanie o b ł ę d u o s t r e g o, który przypuszczano śród przyjęcia chorego do zakładu, było usprawiedliwione, to ostry bieg choroby i zejście śmiertelne dowiodły słuszności rozpoznania, a wreszcie sekcyja wykluczyła kiłę mózgową, podczas gdy niedołęztwo porażenne już wcale w rachubę nie wchodzi.

Nie wątpliwy więc ten przypadek obłędu ostrego zasługuje na uwagę z następujących powodów. Raz, że w tym przypadku właściwy wybuch obłędu ostrego poprzedziły objawy umysłowe, które zmniejszyły się po wcieraniach szaruchy, podczas gdy zazwyczaj obłęd ostry występuje nagle i nie tak prędko kończy się śmiercią; powtóre, że daty anamnestyczne i skuteczność rtęci zrazu przemawiały za kiłą mózgową, a wreszcie z powodu, że sekcyja wykazała wybitne zmiany anatomiczne, które dosadnie tłumaczą objawy za życia występujące i przyczynę zejścia śmiertelnego. Jakkolwiek bowiem obłęd ostry uchodzi za formę bardzo ciężką, a szybkie zejście śmiertelne nie daje się w inny sposób wytłumaczyć, jeno przypuszczając znaczne zmiany anatomiczne, to jednak przypadki obłędu ostrego są dosyć rzadkie, tak że lekarz rzadko jest w położeniu przekonać się przez sekcyję o zmianach anatomicznych, a jeszcze rzadziéj zmiany te są tak wybitne, jak właśnie w przypadku opisanym.

III. Kazuistyka lekarska w Turcyi.

Zebrał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 34).

Najbardziéj przekonywającym dowodem niedbałości plemion zamieszkujących Wschód turecki w zachowaniu przepisów higijeny jest z jednéj strony nadzwyczajna częstość chorób powłok skórnych głowy, a z drugiéj wielka ich zaraźliwość i łatwość udzielania się. Cierpieniem zaś najczęściéj tu spotykaném jest strupień wyłyszający, zwany po arabsku „*Agra*“ po turecku „*Kiellik-ilety*,“ występujący prawie wyłącznie pośród mieszkańców wsi i u górali z plemienia Zebeków. U nich nie tylko że choroba jest bardzo częstą, dotykającą nieraz całe rodziny, ale co większa że przedstawia niekiedy charakter dziedziczny, niezmiernie ważny do uwzględnienia w chwili gdy przystępujemy do samego leczenia. Bo jeżeli świeże przypadki u dzieci limfatycznych i zołzowych lub u młodzieży do 20 roku życia, przy całéj ich uporczywości, ustępują wytrwałemu, choć długotrwającemu, leczeniu, to strupień oddziedziczony nie poddaje się żadnym, choćby najenergiczniejszym środkom. O nadzwyczajnéj zaś jego częstości przekonałem się z porównania wykazów statystycznych chorych leczonych w szpitalu smirneńskim z ilością przypadków strupienia spostrzeganych pośród żołnierzy, pochodzących z tychże samych okolic. Na trzy tysiące żołnierzy, które liczy zazwyczaj pułk turecki, liczba dotkniętych strupieniem dochodziła do nadzwyczajnéj cyfry 360. To téż w okresie przyjmowania rekrutów nie tylko że szpitale garnizonowe przepełniały się tego rodzaju chorymi, ale wypadało utworzyć dla nich obszerne przestrzenie zwane „*Kiellik-hastahenesi*“, czyli miejsca przeznaczone wyłącznie do opatrywania dotkniętych strupieniem, jeżeli tylko władza życzyła sobie nadać lepsze wejrzenie swym oddziałom wojskowym. Leczenie szpitalne czyto oparte na metodzie braci Mahon, czytéż na powolném, lecz wytrwałém, działaniu środkami rozmiękczającemi i tłuszczowemi, pomijam jako powszechnie znane. Pospieszę zaś wykazać środki ludowe bardzo tu liczne i rozmaite, ponieważ one wzbudzają tak wielkie zaufanie w nieomylny ich skutek, że dotknięty strupieniem nigdy nie chce uwierzyć, ażeby racyjonalne leczenie mogło okazać się korzystném i potrzebném. Pośród Turków i w ogóle pośród ludności muzułmańskiéj, jeszcze do bardzo niedawna istniały korporacyje znawców,

których zadaniem było leczenie dotkniętych strupieniem wyłyszającym. Siedząc na niskich taburetach w zakątkach meczetów, przy galeryjach lub na placach przed domami zajezdnemi, znawcy ci wabili do siebie klijentów zwanych *„Kell-baszy"* i szybko zabierali się do ich leczenia, które polegało naprzód na bardzo zręczném i prędkiém wyrywaniu włosów, maluczkiemi wyłącznie do tego sporządzonemi szczypczykami, po któréjto operacyi zwykle niedługiéj, nacierano głowę dziegciem zmięszanym z pewną ilością soli kuchennéj, a cierpiący opatrzony w ten sposób, powracał zadowolony do swéj zagrody. Wyrywanie więc włosów jest tu podstawą ludowego leczenia. Dziś jednak podobnie leczących publicznie znawców nie spotykamy więcéj po miastach. Lecz za to na prowincyi każdy balwierz podejmie się podobnego leczenia, tylko że będąc mniéj zręcznym i cierpliwym nie zawsza dowiaduje się o pożądanym skutku traktowanéj przez się choroby. To téż zawód często doznawany przez chorych, nadzwyczajna, jak powiedziałem, częstość przypadków a niemniéj i ich zaraźliwość, czynią chorych wstrętnymi dla ogółu i zmuszają każdego prawie do samoistnego traktowania się bardziéj uprzywilijowanemi lekami. Każda téż prawie prowincyja posiada coś właściwego jako środek uważany za najskuteczniejszy, a uważając zawsze wyrywanie włosów za niezbędne do otrzymania pożądanego rezultatu, w braku znawcy uskuteczniają to w następujący sposób. Dwóch sąsiadów czy przyjaciół, wybrawszy dzień świąteczny a zatém piątek, zasiadają pod drzewem lub przed domem, i wzajemną niosąc sobie pomoc, po kolei wyrywają sobie włosy. Czyni się to z taką swobodą, z taką obojętnością na wszystko że w istocie wytrwała ta rozrywka nieraz przynosi pożądany skutek. Raz zaś dokonane, choćby tylko częściowe, wyrywanie włosów nakazuje użycie środka uznanego za nieomylny. Więc téż w prowincyjach europejskich dziegieć lub sadza zarobiona z białkiem z jaja, siarka z wapném gaszoném, trociny ze świeżego drzewa pomięszane z proszkiem węgla i siarką, czasem terpentyna, a wreszcie zmiażdżone liście z *Lappa comunis*, są środkami na przemian używanemi. U Kurdów i mieszkańców Armenii, pośród których często spotykamy Izraelitów handlujących materyjałami aptecznemi, żółty dwusiarek rtęci, zarobiony z tłuszczem koniecznie z młodego koźlęcia bywa używany we wszystkich przypadkach, gdzie włosy dały się z łatwością usunąć. Dalsze leczenie uzupełnia wywar z liści tytoniowym, proszek z ziarn sumaku i w końcu siarka w proszku lub maści. Że zaś Arabowie ze wszystkich plemion Turcyi azyjatyckiéj okazują największą energiję i wytrwałość, więc téż i ich leczenie strupienia różni się bardzo od wyżéj wspomnianych sposobów. Czém w klasyczném leczeniu jest plaster braci Mahon tém dla Araba bywa owoc z *Gossypium arborescens*. Wiadomo, że owoc téj rośliny składa się z twardéj torebki zawierającéj ziarnka otoczone puchową istotą zwaną pospolicie watą. Otóż po oddaleniu łuski, która o tyle jest twardą, że bywa używaną do oddalenia uprzednio rozmiękczonych strupów, takimto puchem niepozbawionych swych ziarnek okłada się całą głowę, obwiązuje się chustką, pozostawiając taki okład nietkniętym w ciągu czterech dni. Po ich upływie, zwykle tłuszczem wielbłądzim, nieco rozgrzanym, zwilża się całą głowę, poddając ją następnie przykréj i bolesnéj operacyi zdarcia w ten sposób utworzonéj skorupy. Z jéj usunięciem wejrzenie powłok skórnych bywa lśniącém, cierpienie przynajmniéj pozornie nie istnieje i cała sprawa uważa się za ukończoną. W innych znowu razach używa się zmiażdżonego owocu z rośliny *„Melia azeradach,"* pozostawionego zwykle na parę tygodni, dopóki gnilny jego rozkład nie stanie się zbyt wstrętnym. Wtedy okład ten usuwa się, głowę obmywa się mlekiem zawierającém znaczną ilość pospolitego mydła, poczém choroba uchodzi za wyleczoną. Nie zawsze jednak tak bywa. Po zastósowaniu obu sposobów, wyleczenie jest tylko pozorném, i Arabowie powinni się uważać za szczęśliwych, że pośród nich strupień wyłyszający jest dość rzadkim, bo tak energicznemu leczeniu nie każdy byłby w stanie się poddać.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie z konferencyi o cholerze

(w państwowym Urzędzie zdrowia w Berlinie w d. 26 lipca br.)
podał Dr. Ponikło.

(Dokończenie. Patrz Nr. 35).

Koch twierdzi, że etyjologija cholery pozostaje w zgodzie z własnościami prątków przecinkowych. Prątki te, sztucznie hodowane, jak powyżéj opisano, rozmnażają się do pewnego stopnia, poczém giną, ustępując miejsca zwykłym prątkom gnilnym; zupełnie to samo dzieje się w jelitach wśród sprawy cholerycznéj.

W jaki sposób wywołują prątki przecinkowe sprawę choleryczną? Wystarcza dostanie się do przewodu pokarmowego kilku lub nawet jednego tylko osobnika; bezpośrednio mnożą się żywo prątki w jelitach, a rozmnożywszy się do pewnego stopnia, drażnią błonę śluzową i wywołują zmiany anatomiczne cholerze właściwe. Prątki przecinkowe pozostają w jelitach, nie przechodzą ani do krwi, ani nawet do gruczołów krezkowych. Do rozwoju swego potrzebują znacznéj ilości istót odżywczych, które w ustroju swym przerabiają, wytwarzając najprawdopodobniéj istoty skomplikowanego składu chemicznego, działające trująco na mieszaninę krwi i porażająco na układ nerwowy. Udowodnioném bowiem jest, że różne prątki zdolne są wytwarzać z istot białkowatych rozliczne istoty organiczne, mające cechy bądź olejków lotnych, bądź barwików, a nawet alkaloidów. Wytwory podobne, przemiany pierwiastków w ustroju prątków przecinkowych są wedle Kocha bezpośrednią przyczyną szybkiego i złośliwego przebiegu cholery. Działanie tych wytworów objawia się częścią bezpośrednio, przez zniszczenie warstwy przybłonkowéj błony śluzowéj jelit, częścią zaś bywają takowe wchłonięte przez naczynia krwionośne i chłonne błony śluzowéj do ogólnego obiegu krwi, zkąd działają porażennie na układ krążenia. Że sprawę choleryczną należy rzeczywiście uważać za rodzaj zatrucia, świadczy gwałtowny i śmiertelny przebieg nawet tych przypadków chorobowych, w których tylko nadzwyczaj skąpa ilość płynów wydziela się z ustroju stolcami i wymiotami, tudzież podobieństwo obrazu chorobowego do ostrych zatruć jak np. do zatrucia arsenowego.

Nośnikiem zarazka cholerycznego są wedle Kocha jedynie i wyłącznie stolce cholerycznych; wymiociny tylko bardzo wyjątkowo zawierają prątki przecinkowe. „Stolce jednak tylko w stanie płynnym mogą przenosić zarazek choleryczny; skutkiem wyschnięcia bowiem prątki przecinkowe giną".

Najzwyklejszą drogą przenoszenia się zarazka cholerycznego jest woda, która w wieloraki sposób np. przez dostanie się popłuczyn po praniu bielizny poplamionéj odcho-

dami cholerycznych do studni i publicznych zbiorników może być zakażoną. Również mogą się prątki przecinkowe dostać bezpośrednio z pokarmami do przewodu pokarmowego; rozwijają się bowiem bardzo żywo na wilgotnych powierzchniach pokarmów np. owoców, ziemniaków itd. skoro takowe weszły w zetknięcie z rękami, cząstkami kału cholerycznego zanieczyszczonemi.

Jest wielce prawdopodobném, że owady, jak np. muchy mogą bezpośrednio przenieść zarazek choleryczny.

Koch przeczy wszelakoż stanowczo możebności przewleczenia zarazka cholerycznego w formie suchéj, a tém samém uważa przenoszenie się takowego za pomocą prądów powietrza za niemożebne; sądzi téż, że cholera nigdy dotąd przez towary suche z Indyi przewleczoną nie została, lecz „zawsze i wyłącznie przewlekaną bywa przez ludzi“.

Nakonice zastanawia się Koch nad pytaniem, czy cholera może rozwinąć się na miejscu samodzielnie *(autochthon)*, czy téż w każdym przypadku bywa przewlekaną z Indyi. Skoro udowodnioném zostało, że prątki przecinkowe są ustrojami szczególnymi, swoistymi, stanowiącymi niejako odrębny gatunek zoologiczny czy botaniczny, wymagać téż muszą do swego rozwoju właściwych warunków gruntu i klimatycznych zupełnie tak samo, jak wszelkie inne wyżéj rozwinięte zwierzę lub roślina. Nie podobna tedy przypuścić, aby swoisty ustrój roślinny lub zwierzęcy o odrębnych własnościach i cechach, który dotąd nigdzie wykryty nie został prócz ustroju ludzkiego podczas sprawy cholerycznéj mógł się rozwijać byle gdzie i z byle czego. Koch czuje się upoważnionym na podstawie historyi dotychczasowych, epidemij cholery i własnych dochodzeń uznać Indyje wschodnie, a w szczególności deltę Gangesu za wyłączną ojczyznę prątka przecinkowego, twierdzi, że zawsze dotąd cholera dostawała się do Europy z Indyi, dawniéj drogą lądową, karawanową przez północne Indyje, Persyją i południową Rosyję, obecnie zaś wobec wydoskonalenia żeglugi parowéj i zwrócenia kierunku handlu na liniję: Ocean Indyjski, Morze Czerwone i Kanał Suezki, drogą morską przez Morze Śródziemne lub Czarne. Przypuszczenie w roku zeszłym uczynione, jakoby epidemija egipska powstała na miejscu w okolicach delty Nilowéj (może dla pewnego podobieństwa téjże z deltą Gangesu?!!) uważa za nieuzasadnione i mylne.

Okolica delty Gangesu, Bengalija jest jedynem miejscem na kuli ziemskiéj, gdzie cholera nigdy nie wygasa, znajdują się też tam szczególniejsze warunki klimatyczne i geograficzne, sprzyjające niezmiernie rozwojowi prątków. Niezamieszkana część delty Gangesu „Sundarabens“ zwana zajmuje przestrzeń 7,500 mil angielskich kwadr. W krainie téj rozszczepiają się strumienie Gangesu i Bramaputry na niezliczoną ilość drobnych strumieni, komunikujących ze sobą w kształcie sieci, które za każdym przypływem morza wzbierają i zalewają całą przestrzeń Sundarabensu mieszaniną wody rzecznéj i morskiéj. Kraina ta, niedostępna człowiekowi dla wylewów, złośliwych gorączek malarycznych i wielkiéj ilości tygrysów bengalskich przedstawia nad podziw bujną florę i faunę, któréj równéj nie znajdzie na całéj kuli ziemskiéj. Można sobie snadnie wyobrazić, jaka kolosalna ilość części zwierzęcych i roślinnych ulega tam stale rozpadowi i gniciu, sprzyjając bujnéj wegetacyi najniższych ustrojów zwierzęcych i roślinnych, do których najprawdopodobniéj i prątek przecinkowy zaliczyć należy. Również i w okolicach sąsiednich zamieszkanych i gęsto zaludnionych znajduje prątek przecinkowy nader korzystne warunki rozwoju. Niższa Bengalija jest krajem nieznacznie ponad poziom morza wyniesionym i jest bardzo często na wylewy narażona. Jestto ogólnym obyczajem, iż obok każdego domostwa znajduje się rodzaj sadzawki *(tank)*, zkąd krajowcy czerpią wodę do picia i na potrzeby gospodarskie, i które są równocześnie zbiornikiem dla wszystkich płynnych nieczystości. W przeważnéj liczbie miast nie ma mowy o jakiéjkolwiek kanalizacyi. Nie o wiele lepsze stosunki zdrowotne znajdują się także w największych miastach, nie wyjmując Kalkuty. Zapatrywania Kocha o cholerze dają się streścić w następujących punktach:

1) Przyczyną cholery wyłączną jest prątek przecinkowy *(bacillus comma)*.

2) Sprawa choleryczna równa się ostremu zatruciu ustroju wytworami przemiany pierwiastków prątka przecinkowego w jelitach.

3) Ojczyzną prątka przecinkowego jest wyłącznie delta Gangesu.

4) Nośnikiem jedynym i wyłącznym prątków przecinkowych są stolce cholerycznych.

5) Takowe zarażają jednak tylko w formie wilgotnéj.

6) Cholera tylko z Indyj wschodnich przewleczoną być może.

7) Wyłącznie ludzie mogą przewlec cholerę z Indyj do Europy.

8) Wykrycie prątka przecinkowego jest jedynym pewnym sposobem rozpoznawczym, ważnym przedewszystkiém w pierwszych przypadkach chorobowych o cholerę podejrzanych.

Prof. F. Schauta (w Insbrucku): **Studyja doświadczalne nad skutecznością sposobu Schultzego cucenia noworodków pozornie nieżywych.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 35).

W niniejszém sprawozdaniu nie możemy przytaczać szczegółów, dotyczących wszystkich trzech przypadków, ograniczymy się przeto do powtórzenia najważniejszych dat z nader dokładnego a treściwego opisu przypadku jednego, nadmieniając równocześnie, że zanim przystąpiono do sekcyi, starano się po uskutecznieniu zabiegu Schultzego przekonać się o istnieniu powietrza w płucach za pomocą perkusyi, która przed użyciem sposobu wymienionego dawała zawsze rezultat ujemny.

25 letnia pierwiastka. Pierwsze bóle o godz. 5éj rano, o 12 w południe odeszły wody, położenie drugie czaszkowe; tonów sercowych nigdzie nie słychać. Rodząca podaje, że od wieczora poprzedzającego nie spostrzegła ruchów dziecka, które przedtem były bardzo wyraźne. O godz. 5 popołudniu poród dobrowolny. Dziecko długości 50cm., waży 2,500gm. Skóra nader blada, przyskórek łatwo złazi, kości czaszkowe wiotko ze sobą złączone, a więc płód zmacerowany. W 3 kwadranse po porodzie oddalono ostrożnie śluz z pierwszych dróg oddechowych, przekonano się, że wypuk był wszędzie na klatce piersiowéj stłumiony i dopiero zastosowano sposób Schultzego. Już po 10ciu ruchach można było w górnych płatach wykazać wypukiem powietrze, wśród 18 do 30go ruchu można było słyszeć wyraźny szelest wchodzącego powietrza, huśtania ponowiono aż do pięćdziesięciu, przyczém schodził przyskórek całymi płatami w miejscach, gdzie dziecko trzymano. Sekcyja wykonana natychmiast wykazała, że przepona sięgała po stronie prawéj do wysokości 8go, po lewéj do wys. 7go żebra, klatka piersiowa wypełniona dokładnie płucami, serce nieco pokryte brzegiem płuca pra-

wego. Płuca zawierają powietrze oprócz małego skrawka średniego prawego płatu, a zanurzone we wodzie pływają wraz z grasicą i sercem. Drobne kawałki płuc zachowują się w ten sposób, że z 53 kawałków pływa 36 a 17 opada na dno naczynia. A więc więcéj niż $^2/_3$ miąższu płucnego zawierało powietrze, badanie wolném okiem i za pomocą lupy przedsiębrane wykazało powietrze w pęcherzykach płucnych; zgniliznę można było z pewnością wykluczyć.

W przypadku niniejszym nie ma żadnéj wątpliwości, że dziecko zmarło przynajmniéj na 5 godzin przed urodzeniem; maceracyja przemawia za tém, że zmarło ono już przynajmniéj na 12 godzin przedtém, a podania matki zgadzają się z tém zupełnie, a więc zmarło stanowczo przed pęknięciem błon płodowych, a płuca były jeszcze sprężystemi i dały się wypełnić powietrzem bardzo dobrze.

W końcu pracy swojéj podaje S. dwie uwagi, dotyczące sposobu wykonywania samego zabiegu: 1. Główkę dziecięcia należy wśród huśtania w górę i na dół tak utrzymywać łokciowemi stronami obu dłoni, aby szyja była ciągle wyciągnięta, gdyż tylko w tym razie może powietrze swobodnie do płuc się dostawać. 2. Ruch na dół (odpowiadający wdechowi) powinien się odbyć nagle, aby przepona została przez siłę odśrodkową wraz z trzewami brzuszemi nagle na dół sprowadzona i nagle powiększyła objętość klatki piersiowéj.

Tak więc jeszcze jeden z bardzo poważnych autorów zajmuje w téj sprawie stanowisko, którego bronili dotąd Schultze i Runge. Jak wspomnieliśmy nie zdołał Hofmann, wśród doświadczeń przedsiębranych kilkarotnie w swoim zakładzie, stwierdzić wartości tego sposobu a chcąc, dać jeszcze raz wyraz swoim zapatrywaniom, objawionym już w ostatniém wydaniu podręcznika (l. c.) i przytoczyć dalszy szereg doświadczeń, przedsiębranych również z ujemnym rezultatem, zabiera powtórnie głos w téj sprawie, natychmiast po ukazaniu się pracy prof. Schauty.

Przypadek pierwszy ogłoszony przez Schautę nie ma wartości zdaniem Hofmanna, gdyż w przypadku tym nie można żadną miarą wykluczyć oddechania wśródmacicznego wśród aktu porodowego, gdyż rodzącą często badano i usiłowano założyć kleszcze, a na dziecięciu nieżywo urodzoném nie przekonano się za pomocą wypuku, że płuca są istotnie bezpowietrzne. Na dowód, że oddechanie wśród macicy nastąpić może, przytacza H. cały szereg spostrzeżeń różnych autorów i własnych. Natomiast przypadek drugi, a zwłaszcza trzeci jest zdaniem jego zupełnie odpowiednim do przeprowadzenia dowodu, a jeden przypadek dokładnie obserwowany z uwzględnieniem wszystkich ważnych szczegółów jest bezwątpienia ważniejszym, aniżeli liczne obserwacyje z rezultatem ujemnym, którym cokolwiek zarzucić można.

Dla medycyny sądowéj jednak nie tyle jest ważném czy za pomocą huśtania można wprowadzić powietrze do płuc, lecz czy się to daje łatwo wykonać i czy wypełnienie takie następuje zazwyczaj, a zwłaszcza czy przez postępowanie analogiczne ze zwłokami dziecięcia, względnie przez ugniatanie i rozszerzanie klatki piersiowéj można zazwyczaj i łatwo ten sam rezultat osiągnąć. Nie tylko z doświadczenia własnego lecz na podstawie prób Haumedera i Zillnera trwa Hofmann w przekonaniu, że aspiracyja powietrza wśród huśtania nie następuje wcale tak łatwo jak to Runge utrzymuje, a inne zabiegi analogiczne, któreby się mogły zdarzyć wśród porodów zatajonych, dla lekarza sądowego najważniejszych, nie zdołają wcale wprowadzić powietrza do płuc, które jeszcze nie oddechały i nie zdołają tym sposobem zachwiać znaczeniem próby płucowéj.

H. uważa za przyczynę niepowodzenia doświadczeń, zapadanie się ścian tchawicy pod wpływem ciśnienia powietrza. Pierścienie tchawicowe są jeszcze za mało elastyczne i za mało odporne, aby mogły zapobiedz zetknięciu się obu ścian tchawicy i zamknięciu jéj światła, a jak przez wiotką rurę trudno jest wciągnąć wodę, gdyż rura zamyka się natychmiast pod wpływem ciśnienia powietrza, tak téż tchawica zamyka się wśród huśtania i niedopuszcza powietrza do płuc. Na tę własność tchawicy zwrócił już uwagę Krahmer, to téż wśród wszystkich usiłowań cucenia noworodków tym sposobem, należy starać się o utrzymanie światła tchawicy, a uwaga uczyniona przez Schautę, dotycząca podtrzymywania główki, aby szyjka była ciągle wyprostowaną, jest bardzo słuszną.

Znaczenie sposobu Schultzego dla medycyny sądowéj oceniono w „Przeglądzie Lekarskim“ natychmiast po ukazaniu się pracy Rungego. (Ob. Przegl. Lek., 1882, Nr. 19, str. 243). Do powyższych wyczerpujących uwag nic więcéj dodać obecnie nie jesteśmy w stanie. (*Wiener med. Blätter* Nr. 29, 30 i 34, 1884). *Dr. Schaitter.*

Prof. Nencki: **O chemicznym składzie laseczników karbunkułowych.**

Prof. Nencki wraz z swym asystentem Schafferem zbadał przed czterema laty chemiczny skład bakteryj gnilnych (*Journal f. pract. chem.* T. XV). Przed pół rokiem podjął on ponownie ten sam przedmiot i zbadał chemiczny skład laseczników karbunkułowych; przy pomocy udoskonalonych metod hodowania laseczników, powiodło się prof. Nenckiemu otrzymać czyste hodowle lasecznika karbunkułowego, z których mógł wydzielić kilka gramów istoty lasecznika. Na podstawie podobieństwa morfologicznego i podobnego sposobu rozwijania się laseczników gnilnych i karbunkułowych, sądził prof. Nencki *à priori*, że skład tych ostatnich mało tylko będzie się różnić od składu laseczników gnilnych; zdziwiło go więc bardzo, kiedy znalazł w lasecznikach karbunkułowych zaledwo ślad mykoproteiny, téj istoty białkowatéj, która stanowi 90% w laseczniku gnilnym; natomiast głównym składnikiem białkowatym lasecznika karbunkułowego okazała się proteina, własnościami do mucyny zbliżona; białko laseczników karbunkulowych rozpuszcza się tylko w alkalijach, natomiast kwasy nie rozpuszczają go; osad, za dodaniem kwasu w nadmiarze do alkalicznego roztworu powstały, nie rozpuszcza się ani w kw. octowym, ani w solnym nawet na gorąco. I skład chemiczny téj substancyi, o ile mała ilość dotychczas wykonanych rozbiorów sądzić pozwala, jest od mykoproteiny różny. Że mykomucyna ta była otrzymana z czystych laseczników karbunkułowych potwierdziły następne hodowle i szczepienia, które wywoływały karbunkuł u myszy i morskich świnek.

Jeżeli te niewydoskonalone jeszcze metody badania chemicznego laseczników, głównie dla małéj ilości istoty badanéj, wykazały taką różnicę białka w lasecznikach gnilnych i karbunkułowych, to przypuścić z całém prawdopodobieństwem należy, że rodzaje schyzomycetów, pozornie od siebie nieróżne, okażą wielką różnicę składu chemicznego. Dalsze postępy w tym kierunku, powiada prof. Nencki, bez wątpienia wykażą nam, dla czego jeden rodzaj schyzomycetów jest dla ustroju ludzkiego nieszkodliwy, a inny wywołuje szereg zaburzeń chorobowych, w wielu razach śmierć sprowa-

dzących. Właśnie tajemnica téj różnicy musi kryć się w składzie chemicznym schyzomycetów chorobotwórczych, które walcząc o byt z komórkami ustroju, zwyciężają na podstawie swego składu chemicznego; tą drogą można wytłumaczyć wybór narządu, w którym schyzomycety usadawiać i mnożyć się zwykły, oraz swoisty charakter zaburzeń chorobowych które one wywołują. Interesującém w tym względzie jest spostrzeżenie dokonane dawniéj w pracowni prof. Nenckiego, przez Dra Szpilmana, że w prądzie powietrza zarówno laseczniki gnilne, jak i karbunkułowe rozmnażają się; czysty tlen u obu tych rodzajów rozmnażanie przyspiesza, natomiast w ozonie, a prawdopodobnie i wobec tlenu atomistycznego laseczniki gnilne w krótkim czasie giną, a laseczniki karbunkułowe nietylko żyją, ale się i rozmnażają. Już ta sama odporność laseczników karbunkułowych wystarcza do wyjaśnienia, dla czego są one chorobotwórczemi, chociaż, o ile sądzić można, ich szkodliwość nie polega na wytwarzaniu w ustroju jakiegoś trującego alkaloidu. Odsączony z hodowli płyn i przez to uwolniony od istot karbunkułowych, po wstrzyknięciu królikom i morskim świnkom nawet w większych ilościach, nie wywoływał żadnego zatrucia. Według prof. Nenckiego błędném jest w wielu razach twierdzenie autorów, jakoby schyzomycety chorobotwórcze dla tego były szkodliwemi dla ustrojów zwierzęcych, że wytwarzają trujące alkaloidy. Wprawdzie badania w tym kierunku są dopiero rozpoczęte: jedynym dotychczas znalezionym alkaloidem trującym, przez sprawę życiową schyzomycetów wytworzonym, jest powstający przy gniciu tkanek z neuryny *trimetylvinylamoniumoxydhydrat*. Ciało to, które i genetycznie jest pokrewne muskarynie, działa fizyjologicznie zupełnie z tém samém natężeniem i w takiż sposób, jak i muskaryna. Wszelkie inne dotychczas znane jako tak zwane ptomainy, wydzielone alkaloidy nie są trującemi. Godném uwagi jest właśnie to, że trujący ten alkaloid wytwarzanym zostaje z neuryny przez laseczniki gnilne, których nie można nazwać wzorem laseczników chorobotwórczych. Raczéj przypuścić należy, że chorobotwórcze działanie schyzomycetów polega na bezpośredniém niszczeniu żywéj protoplazmy komórek ustroju zwierzęcego, nie wykluczając naturalnie i innych czynników szkodliwego ich wpływu. (*Gazeta Lekarska*, Nr. 34). *Dr. A. Kwaśnicki.*

Pasteur: **Drobnotwory chorobotwórcze i szczepienie.**

Głośny ze swych badań uczony francuski miał na pierwszém ogólném posiedzeniu kongresu w Kopenhadze odczyt, w którym streścił wszystkie nabytki, jakie w latach ostatnich poczyniła nauka w zakresie chorób zakaźnych. Prelegent oddał należną cześć Jennerowi, który nietylko wprowadził szczepienie do nauki, ale pierwszy dał pomysł łagodzenia przyrzutu, szczepiąc *horse pox* z konia na jałówkę, a z téj dopiero na człowieka. Wyczerpnąwszy założony temat w granicach ogólnych, przeszedł prelegent do wyłożenia szczegółowych pojęć o przyrodzie i leczeniu wścieklizny.

Swoisty chorobotwórczy pierwiastek wścieklizny znajduje się w mózgu i nerwach; prelegent wielokrotnie szczepił istotę mózgową zmięszaną z wodą zwierzęcia wściekłego psom, królikom itd. i stale wywoływał wściekliznę zwierzęcia zaszczepionego; w miarę postępowania szczepienia ze zwierzęcia na zwierzę tego samego rodzaju stawał się coraz krótszym okres wylęgania się choroby, a natomiast objawy wścieklizny przybierały na sile i gwałtowności. Pierwsze więc zachody Pasteura, ażeby wynaleźć sposób złagodzenia przyrzutu naprowadziły go tylko na drogę, w jaki sposób można uczynić go coraz silniejszym i gwałtowniejszym; zarówno nie miały powodzenia poszukiwania Pasteura zmierzające do wykrycia drobnotworu swoistego wścieklizny; do téj pory nie mógł on go zabarwić i widzieć pod drobnowidem; natomiast udała mu się kultura tego drobnotworu i w miarę zwiększania się generacyi kultury, złośliwość przyrzutu stawała się coraz silniejszą. W ostatnich czasach zaszczepił P. przyrzut wścieklizny z psa małpie, z téj ostatniéj znowu małpie, z małpy znowu małpie itd., i z szóstej małpy zaszczepił znowu psu; w tym już wypadku szczepienie nie wywołało wścieklizny u psa, następnie u królika, i tym sposobem szczepienie ochronne dla wścieklizny zostało wynalezione. Pozostało ten ważny nabytek stwierdzić na znacznéj liczbie doświadczeń i następnie uczynić dostępnym ogółowi. Minister oświaty wydelegował komisyję, przed którą badania zostały przeprowadzone i która mogła ocenić ich wyniki. Użyto 23 psy zaszczepione, a więc wolne od przyjęcia wścieklizny, oraz 19 psów nieszczepionych i wszystkim zaszczepiono przyrzut wścieklizny bądź przez trepanowaną czaszkę, bądź przez wstrzyknięcie do żyły, bądź téż przez narażenie na pogryzienie przez psa wściekłego. Do téj pory 10 psów dawniéj ochronnie nieszczepionych zdechło na wściekliznę; natomiast wszystkie 23 psy szczepione są zupełnie zdrowe. Doświadczenia te są bardzo niedawne i nie pozostawiają żadnéj wątpliwości co do ich naukowéj i praktycznéj wartości (*Le Progrès médical*, Nr. 34). *Dr. A. Kwaśnicki.*

Wiadomości pomniejsze.

(A. K.) **Czy toczeń** (*Lupus*) **jest gruźlicą skóry?** Na posiedzeniu Kongresu w Kopenhadze d. 11 sierpnia Dr. Doutrelepont (z Bonn) miał wykład o przyrodzie i etyjologii tocznia; badał on 25 przypadków téj choroby i każdorazowo znalazł laseczniki gruźlicze w olbrzymich komórkach i utkaniu otaczającém; po większéj części laseczniki były z rzadka rozsiane, lecz nigdy nie brakowały. W obec tego faktu prelegent uznaje toczeń jako gruźlicę skóry. Prof. Dr. Leloire (z Lille) rozstrząsał wyniki spostrzeżeń klinicznych, badań anatomicznych, szczepienia doświadczalnego, hodowli lasecznika i doszedł do przekonania, że w większéj części przypadków toczeń jest gruźlicą skóry. Podług L. należałoby rozstrzygnąć, czy toczeń pospolity (*L. vulgaris*) jest w każdym przypadku umiejscowioną w skórze gruźlicą. Jest rzeczą możebną powiedział L., że toczeń pospolity rozpadnie się na postacie, względnie do przyrody i swoistości swojéj, chociaż przedmiotowo wydaje się on prelegentowi jednolitą jednostką chorobową.—Prof. Kaposi na podstawie spostrzeżeń klinicznych przeczy bezwzględnie, ażeby toczeń miał być gruźlicą skóry; odejmuje on wszelką wartość badaniom mykologicznym i szczepieniom doświadczalnym. Prof. Pick (z Pragi) podziela w zupełności twierdzenia Leloira. Prof. Kaposi powtórnie wypowiada swe zapatrywania, utrzymuje, że widział więcéj pod tym względem, jak kto inny, bo 1.200 przypadków tocznia, który pod żadnym względem nie jest chorobą przyrody gruźliczéj.

To powtórne przemówienie Kaposiego, nie oparte na dowodach naukowéj wartości, dało powód do dalszéj dyskusyi, w któréj Kaposi musiał wysłuchać niejedną cierpką nauczkę. Prof. Neisser (z Wrocławia) zauważył, że nie dość jest spostrzegać wielką ilość przypadków tocznia, lecz trzeba dobrze go spostrzegać, a czy tak rzecz się miała z temi 1.200 przypadkami Kaposiego? Ilość przypadków jest drobnostką w obec sposobu, według któ-

rego obserwacyja przeprowadzoną była. Kaposi nie przeciwstawił ani jednego umiejętnego dowodu naukowym twierdzeniom poprzednich mowców; jednogłośnie tu powiedziano i udowodniono, że toczeń jest grużlicą skóry, teraz niech Kaposi złoży dowody na poparcie swego twierdzenia. Dr. Unna (z Hamburga), prof. Lang (z Insbruka) stają po stronie przeciwników Kaposiego i utrzymują, że zawsze pod drobnowidem widzieli w skrawkach tocznia laseczniki grużlicze. Dyskusyję zakończył Dr. Leloir mówiąc, że w obec faktów przytoczonych nie mają wartości zaprzeczenia gołosłowne, chociażby były tak bezwzględne jak te, które wypowiedział Kaposi. (*Le Progrès médical* Nr. 34).

(A. K.) **Hałun leczy krztusiec** podług Dra Warfvinga (z Szwecyi), który ten środek nazywa swoistym dla krztuśca, byle był wcześnie podany (1,0—3,0 dziennie). (*Le Progrès médical* Nr. 34).

V. Uwagi nad sprawozdaniem krajowéj Rady sanitarnéj.

Właśnie mam pod ręką „Sprawozdanie c. k. krajowéj Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych Galicyi za rok 1881 i 1882.“ Zaiste smutno się u nas przedstawiają stosunki zdrowotne zwłaszcza na prowincyi. W kilku miejscach, jakoto na str. 9, 10, 11, 12 dziwi się sprawozdawca zkąd pochodzą sprzeczne podania przypadków śmierci, gdyż wykazy urzędowe nieraz podają zaledwo 100 przypadków śmierci, gdy tymczasem wykazy nieurzędowe podają kilka razy wyższą liczbę. Co gorzéj, z końcem roku liczba zmarłych z jakiéjś choroby zakaźnéj okazuje się w spisie dość pokaźnie, gdy tymczasem w wykazach urzędowych o téj chorobie nie ma ani wzmianki, nawet nie została urzędownie potwierdzoną.

Bardzo to ładnie wygląda praca biurowa, łatwo spisuje się setki na wykazach. Ale przypatrzmy się prowincyi, a przekonamy się, na czyich barkach spoczywa wykonanie ustawy i przepisów sanitarnych.

Biorę tu na uwagę wsie, bo po najlichszych miasteczkach mamy już lekarzy i służbę zdrowia. Na wsi alfą i omegą jest wójt. Wiemy dobrze jacy są jeszcze nasi wójci. Na jego barkach spoczywa wykonanie wszystkich czynności we wszystkich gałęziach. Pojawia się jakaś choroba nagminnie, umarł jeden, drugi, dziesiąty, wójt albo o tém nie wie, lecz co najczęściéj nic go to nie obchodzi. Wójt ciągle zajęty, to sprawami wojskowemi, to drogowemi, wszędzie jest i za wszystkich odpowiada, kontent, że sam zdrów i jego rodzina. Sam będąc zawsze zajęty, mało zajmuje się stanem zdrowia ogólnego. Wieśniak znów ze stoicyzmem odpowiada „Pan Bóg dał“, a choćby lekarza miał pod bokiem, nie zawezwie jego pomocy, bo chłop w naukę nie wierzy. Dopiero albo przypadkowo, albo na wykazie miesięcznym dochodzi do wiadomości starostwa, że w jakiéjś gminie wymarło już kilkadziesiąt ludzi. Lekarz powiatu lub inny wydelegowany dojeżdża, od téj chwili dopiero można być pewnym, że wykazy są prawdziwe.

Najczęściéj wydarza się, że choroby nagminne zwłaszcza dzieci zdziesiątkują, a o tém nie dowie się nawet władza. Że lud mało dba o choroby między dziećmi panujące, to ztąd pochodzi, że u wieśniaka jestto zwykłą rzeczą, że jego dziecko w tak nieprzychylnych warunkach higijenicznych, zwykle kaszle lub ma jakąś wysypkę. To téż krztusiec i choroby skórne zyskały już prawo obywatelstwa pod słomianą strzechą. Umarło dziecko, powie nasz wieśniak: „Detyna jak kurka, neni żyjet a zautra pomerła“. Urząd parafijalny domyśla się, że we wsi jest jakaś nagminna choroba, kołacze do wójta „pyszyt do Starostwa“, lecz na tém się kończy, że w księgach umarłych duszpasterz zapisał dziesiątki zmarłych z choroby nagminnéj, lecz o tém władza nie została zawiadomioną. Dla tego téż może być, iż po części niesłuszne czyni sprawozdawca wyrzuty panom naczelnikom powiatów na str. 9 od wierszu 2 do wierszu 12 od góry.

Dość przytoczyć, że w powiecie samborskim zmarło 405 z płonicy, sprawdzono tylko 61! ale jeszcze lepiéj w kołomyjskim, na 337 przypadków, urzędownie nie dowiedziano się nawet, a w kamioneckim na 303, sprawdzono tylko 25!!

Dowód najlepszy, że wieśniak nic sobie nie robi z tego, że jego dziecko kaszle lub ma osutkę. Liczby powyższe tyczą się krztuśca i płonicy. A lekarz powiatu nie może być jasnowidzącym, skoro dowie się od władzy, wonczas może dopiero na miejsce się udać.

Drugą przyczyną wadliwego zestawienia wykazów, są oglądacze pośmiertni. Ileż to razy zawezwany do chorego, podałem rodzinie moje rozpoznanie choroby, gdy tymczasem oglądacz napisał swoje rozpoznanie, moje odeszło do władzy jego również.

Wielka liczba, bijąca w oczy, że tyle umiera z nieoznaczonéj przyczyny, pochodzi ztąd, że wieśniak mało wzywa pomocy lekarskiéj, choruje miesiące i lata, lecz do lekarza się nie uda. Oglądacz pośmiertny, oraz duszpasterz nie znający się na rzeczy, piszą „z niewiadoméj przyczyny“. Smutno to wygląda, gdy czytając na str. 5, przekonamy się, ile to ludzi umiera „z nieoznaczonéj przyczyny“. Dziwnie wygląda, jeżli weźmiemy na uwagę, że ten stosunek dotyczy najbogatszego powiatu w Galicyi, powiatu śniatyńskiego. Powiat ten liczy 68.193 ludności na 6 kwadr. myr. a lekarzy praktykujących zaledwie 8. Śmiertelność jednak najwyższa w kraju. To wiem z doświadczenia, że im bogatszy włościanin, tém mniéj ceni zdrowie.

Nie tu miejsce, abym wspominał ile we wschodniéj Galicyi jest znachorów, wróżbitów, cudownych kobiet, a przynajmniéj co drugi pleban, to z pewnością znakomity homeopata. Chory wieśniak obejdzie wpierw wszystkich tych, którzy go będą kadzić, smarować, a na ostatek uda się do lekarza, ale i to jeszcze bardzo wątpliwe. A przecież we wschodniéj Galicyi jest służba zdrowia już silnie reprezentowaną. Niema już miasteczka bez lekarza. Powiat złoczowski liczący 100.000 mieszkańców posiada 20 lekarzy praktykujących, a przecież w niniejszém sprawozdaniu stoi tak pod względem śmiertelności jakoteż i téj rubryki „nieoznaczonéj przyczyny“ dość wysoko.

Dużo o tém pisać można. Dopóki jednak stosunki będą takie, jakiemi są, stan zdrowotny u nas się nie poprawi. Pierwszą rzeczą jest, aby nasz wieśniak poczuł, że zdrowie u niego jest majątkiem. Ale wieśniakowi ustawa sanitarna nie nada tego przekonania, tylko wykształcenie. Dopóki przeto taka ciemnota będzie wśród ludu, dotąd wieśniak nie pojmie, że lekarz i higijena wiele zrobić mogą, dotąd wykazy urzędowe zawsze różnić się będą od wykazów nieurzędowych.

Łatwo pisać i wykazywać błędy. Stokroć trudniéj jednak naprawić złe. A przecież to złe wkrótce naprawićby się mogło. Mam na myśli przedewszystkiém choroby nagminne. Najpierw niech każdy lekarz dojeżdżający podczas nagminnéj choroby, stara się mieć na myśli, aby wieśniaka przekonać o prawdziwości nauki lekarskiéj swém postępo-

waniem i troskliwością, przełamać w nim tę nieprzezwyciężoną apatyję do leczenia się, a chociaż z początku słowa jego będą na próżno wyrzeczone, z czasem wieśniak przyjdzie do przekonania. W moim powiecie mam najlepszy dowód, że lekarz dużo porobić może swém postępowaniem. Jest wieś, gdzie lud nigdy nie wzywał lekarza, kilkakrotnie epidemija wpłynęła tak na włościan, że teraz często w ostrych okresach już się do lekarza udają.

Aby zapobiedz nadal, iżby choroby nagminne nie grasowały wśród ludu, i wpłynąć aby władza pierwéj się dowiedziała niż dotąd, byłoby o wiele lepszém oddać urzędom parafijalnym obowiązek donoszenia o każdym przypadku śmierci w skutek choroby nagminnéj któż lepiéj wie aniżeli urząd parafijalny, kto zmarł i gdzie? Swoją drogą zaś niech urząd gminny co dwa tygodnie wysyła ze swéj strony sprawozdanie zdrowotne. Dotychczasowe wykazy zdrowotne miesięczne stanowią za długą przestrzeń czasu. Ileż to ofiar pada na choroby wysypkowe lub inne ostro przebiegające, zanim urząd gminny na wykazie napisze, że więcéj umiera niż zwykle.

Sądzę, że gdy się nada urzędom parafijalnym obowiązek donoszenia nietylko o zmarłych w skutek chorób nagminnych, ale i o pojawieniu się jakiéjkolwiekbądź innéj choroby, będziemy pewniejsi, że wiadomość rychléj dojdzie do władz niż dotychczas. Duszpasterz, zwykle osoba inteligentna, mająca rodzinę, co zwłaszcza we wschodniéj części kraju często się zdarza, sam dbający o zdrowie swéj rodziny więcéj niżeli wieśniak, starać się będzie dla własnego spokoju donieść rychło o chorobie nagminnéj. Jeżeli u wieśniaka ktoś zachoruje, uda się o pomoc lekarską najpierw do kogo? Do księdza, do dworu lub do nauczyciela. Bardzo więc naturalne, że duszpasterz najprędzéj rozpozna jakąś chorobę, prędzéj niż wójt, który o niczém nie ma żadnego pojęcia.

Daléj ważną jest rzeczą, aby pisarze gminni więcéj posiadali inteligencyi niż dotychczas. Należałoby przeto pozwolić nauczycielom ludowym trudnić się pisarką gminną. Dzisiejsi nauczyciele ludowi nie są już tak upośledzeni umysłowo jak dawniejsi. Wiem z doświadczenia, że inteligentny pisarz gromadzki obdarzony jakim takim sprytem, jest w gromadzie wszystkiém. Jest takich wójtów na setki, co podpiszą z najzimniejszą krwią wyrok śmierci na samego siebie; a pisarzów gminnych? podobno nie ma żadnego! bo każdy musi choć cokolwiek umieć pisać i czytać.

Co do samych objazdów lekarskich podczas chorób nagminnych muszę jeszcze wspomnieć o niemiłem wrażeniu, jakiego już kilkakrotnie doznałem od rozsądniejszych włościan. Lekarz winien dojeżdżać co 8 dni do takiéj gminy. Nietylko my lekarze, ale każdy śmiertelnik wie, ile to choroba nagminna przez ośm dni ofiar pochłonąć może. Ileż to razy mnie spotkało! zastałem jednego chorego, a przy następnéj wizycie skonstatowałem 10 zmarłych, i znów jednego lub dwóch chorych. Wieśniak traci zaufanie i nie jeden powiedział mi „a czy Pan zapisali, że u mnie dwoje umarło“! Więc wieśniak pojmuje, że lekarz jest na to, aby tylko zapisał umarłego! Byłoby lepiéj, prędzéj wieśniak przekonałby się i uwierzył w naukę, nabrałby przekonania do sztuki lekarskiéj i lekarza, gdyby w tych chorobach nagminnych, które ostrzéj przebiegają, dozwoloném było (bez osobnego polecenia) przynajmniéj co 4 dni dojeżdżać — a nawet i częściéj. — Skuteczniejszą byłaby pomoc i energiczniéj możnaby przeprowadzić środki zaradcze.

Pokrótce starałem się skreślić stan zdrowotny i stosunki naszego ludu. Jako lekarz prowincyjonalny skreśliłem to co mię boli, i co również lud po części odczuwa. Naszą jest rzeczą, znając dobrze mieszkańców chat słomą krytych, wykazać dotychczasowe błędy a starać się o polepszenie. Dużo upłynie jeszcze lat zanim nasz wieśniak będzie się zajmował swém zdrowiem. Tymczasem jest naszym obowiązkiem starać się o niego i o jego zdrowie, a może z czasem będzie lepiéj. Może po latach nie będzie różnicy między wykazami urzędowymi a nieurzędowymi.

Dr. Antoni Coghen.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Sprawozdanie z czynności Departamentu V Wydziału krajowego. Referent członek Wydziału krajowego Dr. F. Hoszard.

Otrzymaliśmy Sprawozdanie z czynności V Departamentu Wydziału krajowego; zapożyczamy z niego liczby mogące interesować szersze koło czytelników Przeglądu.

W roku 1883 wypłacił fundusz krajowy na cele zdrowia publicznego kwotę 666.086 złr. w. a.

W porównaniu z kwotami przez Wysoki Sejm budżetem na r. 1883 dozwolonemi, jest ten wydatek korzystniejszy o 18.002 złr. w porównaniu z rzeczywistymi wydatkami r. 1882, które wynosiły 646.827 złr. jest większy o 19.259 złr.; a w porównaniu z r. 1878, w którym wydatki rzeczywiste były największe, bo wynosiły 805.353 złr. jest mniejszy o 139.267 złr. w. a.

W poszczególnych rubrykach przedstawiają się te wydatki, jak następuje:

Fundusz krajowy wydał za leczenie ubogich: szpitalowi krajowemu we Lwowie 193.310 złr.; kwotę większą niż kiedykolwiek dotąd wypłacono. W ostatnich bowiem latach sześciu od r. 1877 do r. 1882 wypłacono razem 659.754 złr. w. a., czyli średnio po 109.959 złr. rocznie. Różnicę tę tłumaczy po największéj części okoliczność, że w r. 1883 przypadły do wypłaty znaczne zaległości kosztów leczenia ubogich, które się z lat dawniejszych nagromadziły z powodu niezałatwienia przez magistrat lwowski odezw szpitala. Szpitalowi św. Łazarza w Krakowie wypłacono: 130.676 złr., klinikom: 24.178 złr., zakładowi w Kulparkowie: 117.026 złr., szpitalom powszechnym w kraju: 180.793 złr., szpitalom zagranicznym: 69.940 złr., szpitalom wojskowym: 1442 złr.; nareszcie zaliczek i zwrotów: 13.748 złr. Razem 731.113 złr.

Odtrąciwszy od téj kwoty 14.560 złr., które wpłynęły od gmin, jako zwrot zaliczek za koszta leczenia, pozostanie rzeczywisty wydatek 716.553 złr. w. a. Po odtrąceniu zaś nadwyżek w dochodach szpitali, zwrotu zaliczek, spłaty za leczenie ubogich chorych od gmin, wszystko w kwocie 120,481 złr. w. a., pozostaje rzeczywisty wydatek w ilości 666.086 złr. w. a.

Na koszta szczepienia ospy ochronnéj wypłacił fundusz krajowy w roku 1883 kwotę: 58.152 złr., tj. o 78 złr. mniejszą, aniżeli Wysoki Sejm budżetem przeznaczył. Na leki w epidemijach i na koszta podróży lekarzy z lat dawniejszych wydał fundusz krajowy 9.216 złr., tj. o 1684 złr. mniéj niż budżet dozwalał, a to z powodu, iż strzeżenie granic miejscowości zarazą dotkniętych żadnych nie wymagało kosztów.

Ruch chorych w naszych zakładach leczniczych. W roku 1883 dysponowaliśmy we wszystkich naszych zakładach 3.506 łóżkami, a to dla chorych 2.709, dla położnic 55, dla obłąkanych 570, a dla dzieci 172 łóżkami. Chorych leczono 34.914; mianowicie w szpitalach powszechnych 31.419, w zakładach dla położnic 682, w zakładach dla obłąkanych 1.105, a w prywatnych szpitalach dla dzieci 1.708. Z tych wyzdrowiało 23.991 leczonych, tj. 71·5 na sto, a umarło 3.517, czyli 10 na sto. Największy procent uzdrowionych wykazują położnice, bo 90·4%, najniższy obłąkani, bo tylko 21%. Śmiertelność była niższą w zakładach położnic 7·7 na sto; szpitale powszechne wykazują 9·1%, zakłady dla obłąkanych 11·1%, a szpitale dla dzieci 26%. Ilość dni leczenia wynosiła w szpitalach powszechnych 702.468, w zakładach położnic 15.121, w zakładach dla

obłąkanych 175.047, a w szpitalach dla dzieci 47.961; razem we wszystkich zakładach 940.597 dni. W porównaniu z rokiem 1882, leczyło się w r. 1883 chorych więcéj o 4.639, a dni leczenia mniéj o 19.203. Średni pobyt chorego wynosił w szpitalach 22 dni, u położnic 22·1, u obłąkanych 158·4, u dzieci 28 dni, a przeciętnie u wszystkich po 26·9 dnia.

Wydatki zakładów. Wydatki we wszystkich naszych zakładach leczniczych wynosiły w r. 1883, razem: 692.505 złr. w. a. Z tych przypada na szpitale powszechne 471.775 złr., na zakłady dla położnic 19.986 złr., na zakłady dla obłąkanych 171.989 złr., a na szpitale dla dzieci 28.755 złr. Na same zakłady krajowe we Lwowie, Krakowie i Kulparkowie, zostające pod zarządem Wydziału krajowego przypada 455.156 złr. na szpitale powiatowe w Podhajcach, Sokalu i Złoczowie administrowane przez Wydziały powiatowe 24.224 złr.; na 20 szpitalów gminnych, administrowanych przez Zwierzchności gminne 184.371 złr.; nareszcie na dwa prywatne szpitale dla dzieci, zawiadywane przez towarzystwa dobroczynne 28.755 złr. Koszt utrzymania jednego chorego przez całą kuracyją wynosił średnio po 15 złr. 1 ct.; położnicy po 29 złr. 30 ct.; obłąkanego po 155 złr 64 ct., a dziecka po 26 złr. 84 ct. Utrzymanie zaś dzienne kosztowało przeciętnie chorego 67·1 ct., położnicy 1 złr. 32·1 ct., obłąkanego 98·2 ct., a dziecka 59·9 ct. Na samą żywność wydawano dziennie dla chorego po 20 ct., dla położnicy po 21·4 ct., dla obłąkanego 24·3 ct. Lekarstwa zaś kosztowały u chorych na dzień i osobę 5·4 ct., u położnic 5·3, a u obłąkanych 2·6 centa. W r. 1882 kosztowało utrzymanie chorego przez cały czas jego pobytu we wszystkich szpitalach po 15 złr. 66 ct., a obłąkanego w Kulparkowie 176 złr. 85 ct. Utrzymanie zaś dzienne chorego kosztowało 69·9 ct., a obłąkanego w Kulparkowie 98·5 ct. W r. 1878 wynosił koszt kuracyi chorego w szpitalach 23 złr. 27 ct., a w Kulparkowie 293 złr. 46 ct., dzień leczenia zaś chorego 85·6 ct., a obłąkanego 1 złr. 15·4 ct. (Dok. n.)

Buczacz 2 września. W powiecie buczackim krztusiec nagminny rozszerza się daléj w okolicach Potoka Złotego i Uścia Zielonego. Koło Buczacza wygasł. Czerwonka pojawiła się epidemicznie dotąd w jednéj miejscowości (w Ściance nad Dniestrem).

Cholera. Rząd austryjacki wydał okólnik do władz krajowych, w którym uwiadamia je o nowych rozporządzeniach zapadłych w skutek uchwały Najwyższéj Rady zdrowia z ubiegłego tygodnia i mając na względzie coraz to większe szerzenie się cholery we Włoszech, wzywa do najtroskliwszego przestrzegania przepisów sanitarnych

Po pozorném przycichnięciu cholera zyskała w ostatnich dniach wprawdzie nie na złośliwości, lecz na obszarze nawiedzonych przez nią miejscowości. W bieżącym tygodniu doniesiono o pojawieniu się jéj w Genewie, Neapolu i Hiszpanii. W ten sposób cztery państwa południowo zachodnie walczą z epidemiją i wobec rozwleczenia się jéj od Neapolu do Alicante w Hiszpanii, powszechnie głoszone przekonanie, że tegoroczna cholera nie ma skłonności do szerzenia się, musi uledz mniéj optymistycznéj modyfikacyi.

* **Zjazdy.** Zjazd 56 lekarzy i przyrodników niemieckich odbędzie się w Magdeburgu od d. 18—23 września. Karta uczestnictwa kosztuje 12 marek a zgłosić się po nią trzeba do pp. Zieglera i Kocha w Magdeburgu. Równocześnie stowarzyszenie niemieckich higijenistów odbędzie Zjazd w Hanowerze.

Śmiertelnosć we Lwowie (liczącym 115.544 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). W tygodniu od 17—23 sierpnia umarło osób 68, co odpowiada na rok i 1,000 m. 30,6. W tym czasie umarło z ospy osoba 1, z płonicy 2, z błonicy 2, z dławca 2, z duru brzusznego 1.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 17—23 sierpnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 22,1. Z ospy umarło 0 (1 z. t.); z płonicy 1 (0 z. t.); z duru brzusznego 0 (3 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 2 przypadkach płonicy, 8 krztuśca, 3 duru brzusznego. Od 10—16 sierpnia zapadło na ospę w Londynie 70, zmarło 9, leczyło się w szpitalach 677. W Genewie, Paryżu, Stokholmie, Odesie i Murcyi umarło po 1, w Rzymie 2, w Brukseli 3, w Pradze, Petersburgu i Lizbonie po 4, w Nowym Orleanie i Kalkucie po 5, w Madrasie 14. Z duru osutkowego umarło w Madrycie 1, w Maladze 2. Z cholery umarło w Kalkucie (od 30 czerwca do 5 lipca) 14.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 10—16 sierpnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 22,2; w Poznaniu 31,6; w Wiedniu 22,1; w Pradze 25,4; w Berlinie 35,8, w Hamburgu 28,2; w Gdańsku 29,4; w Monachowie 36,2; we Wrocławiu 36,2; w Dreźnie 35,3; w Lipsku 37,9; w Bazylei 12,4; w Brukseli 23,7; w Amsterdamie 25,5; w Hadze 28,1; w Paryżu 25,1; w Londynie 21,1; w Kopenhadze 27,1; w Stokholmie 20,5; w Chrystyjanii 17,6; w Petersburgu 26,6; w Odesie 43,3; w Rzymie 24,5; w Wenecyi 25,6; w Bukareszcie 36,7; w Madrycie 36,3; w Lizbonie 24,2; w Aleksandryi 41,6; w Nowym Jorku 37,0; w Filadelfii 23,4; w Bombayu 25,8; w Madrasie 26,3. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków d. 4 września. Przy wpisach tegorocznych do szkół krakowskich przełożeni wymagają lekarskiego świadectwa odbytego szczepienia ospy. Jeśli z jednéj strony trudno utaić zdziwienia, że do téj pory podobnego świadectwa nie wymagano, to z drugiéj należy wyrazić publiczne uznanie fizykatowi miejskiemu, który postarał się o zadośćuczynienie téj rozumnéj i niezbędnéj potrzebie.

* Prof. Mikulicz podczas swéj wakacyjnéj wycieczki do Norwegii zwiedził szpital trędowatych w Bergen, obecnie bawi w Heringsdorf, zkąd 6 b. m. przybędzie do Krakowa.

* Wydawnictwo wiedeńskie rozsyła już kalendarze lekarskie; pospieszamy donieść szanownym kolegom, że w najkrótszym czasie okaże się kalendarz lekarski polski, opracowany przez Inspektora szpitali galicyjskich Dra Stellę-Sawickiego. Wyzwoliliśmy się z lennictwa duchowego na innych polach, nie płaćmyż obcym haraczu za kalendarze, skoro posiadamy wydanie polskie, odpowiadające wszystkim wymaganiom informacyj miejscowych i ogólnolekarskich.

* **Ruch kąpielowy.** Do d. 21 sierpnia bawiło gości kąpielowych w Szczawnicy 2818, do 30 sierpnia w Truskawcu 964, w Giesshüblu 330, w Gleichenbergu do 27 sierpnia 4657.

* Dr. Austin Flint (z Nowego Yorku) uczynił wniosek na jedném z posiedzeń kongresu w Kopenhadze, ażeby zaprowadzono jednobrzmiące międzynarodowe wyrazownictwo, w zastosowaniu do określenia objawów auskultacyi. Wnioskodawca odczytał tę nomenklaturę. Następnie przemówił Ewald, który pomimo, że należał do współpracowników téj nomenklatury, wykazał całą bezprzedmiotowość wniosku.

* *Berliner Tagblatt* uskarża się na uprzedzającą uprzejmość, z jaką duńscy lekarze wyszczególniali kolegów francuskich na niedawno zakończonym kongresie w Kopenhadze; w Berlinie widać w szale powodzeń zapomniano, że zwyciężyć naród, to nie znaczy jeszcze podbić jego serce; dziwném by było, gdyby po dziejach tak niedawnych walki duńsko-niemieckiéj, duńczycy dobrowolnie dołączyli do trofeów zwycięzcy szczere uczucie sympatyi lub wdzięczności.

* Z powodu 50-letniego jubileuszu kijowski uniwersytet zamianował licznych członków honorowych. Kilka nazwisk już poprzednio podaliśmy; obecnie *Zaria* (z 8 sierpnia st. st.) podaje spis kompletny, z którego wyjmujemy imiona lekarzy: Benedikt, Brücke, Charcot, Cohnheim, Donders, Helmholtz, Hoppe-Seiler, Kühne, Langenbeck, Langer, Leuckart, Lister, Meynert, Nothnagel, Pettenkofer, Voit, Schmidt i Ziemssen. Z lekarzy rosyjskich nikogo nie zaszczycono wyborem.

* Jak wiadomo czytelnikom Przeglądu Dr. Fauvel orzekł, że cholera w Toulonie jest nieepidemiczną i że nie rozszerzy się po kontynencie; przepowiednia ta nie sprawdziła się, a Dr. Fauvel postradał przez to wysokie stanowisko naczelnego inspektora służby zdrowia; miejsce jego zajął Dr. Proust. (*Le Progrès médical*, Nr. 34).

* *Prager Abendblatt* donosi, że na wspólnéj radzie ministrów, która ma się odbyć pod przewodnictwem Cesarza, między przedłożeniami, mającemi się przygotować do wniesienia do de-

legacyj dla spraw wspólnych, będzie prawdopodobnie poruszoną sprawa reaktywowania Akademii dla lekarzy wojskowych, t. zw. Józefinum.

* Aussee (w Styryi). Onegdaj zdarzył się tu smutny przypadek. Młody 17-letni książę koburg-gotajski, udawszy się na wycieczkę w góry razem z nieco starszym od siebie kuzynem ks. orleańskim de Chartres, spadł ze skały 15 metrów wysokiéj tak nieszczęśliwie, że doznał wstrząśnienia mózgu, złamania obojczyka i kości udowéj; nadto wykluczyć nie można pęknięcia podstawy czaszki. Przeniesiony na materacu do jednego z tutejszych hoteli, pozostaje pod opieką lekarską, a prof. Billroth wczoraj na miejscu wyraził nadzieję utrzymania przy życiu młodego księcia.

* **Berlin.** Przeciw nominacyi Schweningera profesorem Wydziału lek. i poruczeniu mu wykładu dermatologii, deputacyja Wydziału, złożona z dziekana Hirscha, proff. Virchowa i Dubois-Reymonda założyła protest u ministra oświecenia, — a w kilka dni potém Schweninger otrzymał wyższy stopień orderu orła czerwonego, nadanego mu dopiero przed paru tygodniami.

Z każdego obwodu rejencyjnego powołano po kilku lekarzy rządowych na kurs 2—3 tygodniowy do ces. Urzędu zdrowia, aby zapoznać się z nowszemi sposobami badawczemi bakteryj, a w szczególności prątka cholerycznego i jego hodowli. Kiedy u nas coś podobnego się stanie?

Berlin. Odbyły się tu dwie rzadkie promocyje. Stopnie doktorów medycyny uzyskali: jeneralny konsul rzeczypospolitéj Uruguay Frederico Susviéla Guarch, lat 31 liczący i Igacushi Morizi Miura z Tokia w Japonii. Oponentami byli: prof. Gluck, Drowie Jürgens i Broesicke.

W półroczu zimowém na Wydziale lek. wykładać będzie 87 profesorów i docentów.

* **Lipsk.** Wdowa po Cohnheimie otrzymała następujący telegram kondolencyjny: „Kopenhaga 15 sierpnia. Zebrana właśnie sekcyja patologiczna Zjazdu międzynarodowego z bólem prawdziwym otrzymała wiadomość o zgonie wielkiego patologa. Wynurza ona rodzinie serdeczny swój udział. Umiejętność przechowa wdzięcznéj potomności nazwisko niestrudzonego badacza. (podpisano): Reiss, Virchow, Cornil, Heller, Heyberg, Sengalli.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** *W. med. Woch.* donosi, że Ministerstwo oświecenia zwróciło Wydziałowi lek. wszystkie wnioski, odnoszące się do mianowania proff. nadzw. a zapadłe przed wakacyjami, żądając ponownego zastanowienia się nad niemi.—Dr. Richard Wittelshofer potwierdzony został jako docent prywatny chirurgii.— Prof. med. sądowéj Hofmann otrzymał krzyż komandorski portugalskiego orderu Chrystusa. — **Graz.** Docent prywatny higijeny Dr. Julijusz Kratter otrzymał *veniam legendi* i z medycyny sądowéj. — **Jena.** Dr. Krukenberg, asystent przy zakładzie fizyjologicznym w Würzburgu, powołany został jako profesor nadzw. chemii lekarskiéj.

* **Odznaczenie.** Były lekarz przyboczny Cesarzowéj Maryi Anny w Pradze, Dr. August Ehmig otrzymał godność barona.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 35: Nenckiego: Poszukiwania nad barwnikiem krwi. Szumana: Jak można sposoby opatrywania ran przeciwgnilne zastosować najlepiéj do zwykłéj praktyki lekarskiéj i do leczenia ubogich chorych. — W *Medycynie* Nr. 35: Biegańskiego: O porażeniach arsenowych.

Redakcyja otrzymała:

Doc. Dr. CHODOUNSKIEGO (z Pragi): Klimatotherapie tuberkulosy plicni. R. 1884. (Odbitka z „Časopisu lékař. č.").

Piśmiennictwo lekarskie. BOLLINGER O. Zur Aetiologie der Tuberkulose. 8. München 1883, Rieger. M. —. 80.

BOSTROEM E. Beiträge zur pathologischen Anatomie der Nieren. 1. Hft. Mit 4 Taf. 4. Freiburg i. Br., Mohr. M. 3.—

BULLETIN et mémoires de la société française d'otologie et de laryngologie. Tome 1. Fasc. 11. 8. Paris, Delahaye et Lecr. Fr. $2^{1}/_{2}$.

CYR J. Traité de l'affection calculeuse du foie. 12. Paris, Delahaye et Lecr. Fr. 4.

DICTIONNAIRE élémentaire de médecine. Par Decaisne et Gorecki. Av. 568 fig. 2. éd. 1. livr. 8. Paris Lauvereyns. Fr. $1^{1}/_{4}$.

ENGELMAN G. J. Die Geburt bei den Urvölkern. Eine Darstellg. der Entwicklg. der heut. Geburtskunde. Aus dem Engl. v. C. Hennig. Mit 4 Taf. u. 56 Abb. Wien 1883, Braumüller. M. 10.

FELIX J. Ueb. d. sanitären Zustände Rumäniens. Berlin 1883, Pasch. M. 1.

FEST-SCHRIFT, dem ärztl Verein München zur Feier seines 50jär Jubiläums gewidmet von seinen Mitgliedern. Mit 8 Taf. u. 9 Holzschn. Lex.-8. München 1883, Rieger. M. 12.

FOLLIN et DUPLAY. Traité élémentaire de pathologie externe. Tome VII. Fasc. 1. Av. Fig. 8. Paris, Masson. Fr. 4.

FONSSAGRIVES J. B. Principes de thérapeutique générale. 2. éd. 8. Paris, J. B. Baillière et fils. Fr. 9.

GUENEAU de MUSSY N. Clinique médicale. Tome III. Traité théorique et pract. de la fière typhoide. 8. Paris, Delahaye et Lecr. Fr. 13.

HAAS H. Die acute Endocarditis. 8. Prag 1883, Calve M. 3 —

HÜBENER. Die Diphtheritis und ihre Behandlung. 2. Aufl. v. Berlin 1883, F. Luckhardt. M. 1.

W zastępstwie redaktora: **Dr. A. Kwaśnicki.**

L. 529.

Ogłoszenie konkursu.

Celem obsadzenia posady doradcy sanitarnego c. k. Dyrekcyi ruchu kolei państwowych w Krakowie, a zarazem lekarza dla członków tak zwanéj kasy chorych przydzielonych do téjże Dyrekcyi, rozpisuje się niniejszém Konkurs do dnia 15 Września 1884 r.

Obowiązkiem lekarza będzie:

1. Leczyć bezpłatnie wszystkich wyż wymienionych członków chorych wraz z ich rodzinami.

1. Spełnianie wszelkich funkcyj lekarskich, do których jako fachowy doradca ze strony c. k. Dyrekcyi ruchu w Krakowie wezwanym będzie.

Wynagrodzenie za spełnianie tych czynności ustanawia się w kwocie rocznéj 360 złr., płatnéj w miesięcznych ratach z dołu.

PP. Doktorowie medycyny, zamieszkali w Krakowie, mający zamiar ubiegać się o tę posadę, zechcą podania należycie ostęplowane i w odpowiedne świadectwa zaopatrzone, wnieść do sekretaryjatu c. k. Dyrekcyi ruchu kolei państwowych w Krakowie (Zacisze l. 3), gdzie także wszelkich dokładniejszych informacyj zasięgnąć można.

Kraków 28 Sierpnia 1884.

Z c. k. Dyrekcyi ruchu kolei państwowych.

KONKURS.

W skutek upoważnienia Wysokiego c. k. Namiestnictwa rozpisuje się niniejszém Konkurs celem obsadzenia posady asystenta przy lwowskiéj szkole położnych z roczną płacą 400 złr. w. a.

Powyższa posada będzie nadaną tylko doktorowi medycyny na przeciąg dwóch lat, po upływie których może być przedłużoną pierwotna nominacyja na dalsze dwa lata.

W razie uzyskania pomieszkania dla asystenta w budynku szpitalnym będzie tenże obowiązanym takowe zamieszkać.

Ubiegający się o tę posadę winni wnieść podania swoje na ręce c. k. krajowego referenta sanitarnego przy c. k. Namiestnictwie we Lwowie najdaléj do 15 Września 1884.

Z dyrekcyi c. k. szkoły położnych.

Lwów dnia 19 Sierpnia 1884.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelela.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 13 września 1884. № 37. Rok XXIII.

I. Z Zakładu sądowolekarskiego prof. Blumenstoka w Krakowie.

Kazuistyka sądowo- i policyjnolekarska.

VIII.

Przypadek usiłowanego morderstwa i samobójstwo przez przecięcie powłok brzusznych.

Podał Dr. Ignacy Schaitter.

Demonstrator przy tymże Zakładzie i lekarz sądowy.

Dnia 19go czerwca b. r. rano zostałem wezwany do p. W. W., emerytowanego urzędnika, zamieszkałego na jedném z przedmieść Krakowa, który przed godziną 5tą brzytwą skaleczył w brzuch śpiącego syna, następnie na krzyk jego udał się do swojego pokoju i sam sobie brzytwą rozciął powłoki brzuszne. Starzec ten blisko 80-letni leżał na łóżku swém nieprzytomny wśród objawów ostréj niedokrewności. Z rany brzusznéj występowały pętle jelit mocno nastrzykane, na których od czasu do czasu można było spostrzedz ślady ruchów robaczkowych; pościel i bielizna cała obficie krwią zbroczona, jak niemniéj podłoga około łóżka. Tętna wyczuć już nie było można, ruchów serca zaledwie ślad dawał się wyśledzić, oddychanie nader zwolnione, powierzchowne, ustawało co chwila tak, że o niesieniu skutecznéj pomocy lekarskiéj trudno już było myśleć a ranny żyć przestał wśród postępującego zapadu po drodze do szpitala, dokąd go na noszach odnieść polecono. Syn, młodzieniec 16-letni, doznał jedynie powierzchownego przecięcia powłok brzusznych, a po założeniu czterech szwów krwawych na ranę w miejscach najszerszych, opuścił szpital po kilku dniach pobytu.

Oprócz niezwykłości przypadku pobudzały jeszcze pewne różnice zachodzące pomiędzy ranami ojca i syna do dokładnego zbadania tego zajścia tak pod względem etyjologicznym jakoteż anatomicznym. Wyjaśnień żądanych udzielił chętnie syn, młodzieniec inteligentny i sąsiedzi nieboszczyka, a z ich opowiadań można było nabrać przekonania, że stan umysłowy ojca nie był prawidłowym już na czas dłuższy przed katastrofą. W. W. dawniéj urzędnik, od kilku lat emeryt, zajęty był w biórze prywatném w T., gdy jednak wzrok jego znacznie osłabł a lekarz pytany o radę miał oświadczyć, że powstaje katarakta, z któréj małe jest prawdopodobieństwo wyleczenia, gdyż zaledwie pięciu (?!) operowanych na stu wzrok odzyskuje, postradał W. miejsce w biurze, w którém go w ostatnich czasach syn zastępował, a będąc ograniczonym do szczupłéj emerytury musiał odmawiać sobie i rodzinie pewnych wygód, do których zdawna był nawykł. Od czasu przeniesienia się do Krakowa stawał się coraz bardziéj ponurym, małomównym, a gdy wśród rozmów z żoną i synami o nikim ze znajomych nie wyraził się korzystnie, o każdym wspominał z pewną zgryźliwością i nienawiścią, jakkolwiek zazwyczaj brakło dostatecznéj podstawy, na przedstawienia ze strony rodziny, że rzecz się tak nie ma, jak on sobie wyobraża, wybuchał gniewem, stawała się dłuższa rozmowa z nim niemożliwą. Jedynem zajęciem w chwilach tych bywała gra na skrzypcach, ulubionym swoim instrumencie, jednak i téj musiał wreszcie zaniechać, gdy wzrok jego znacznie podupadł. Pomimo tego jednak można było spostrzedz, że gdy syn grał na skrzypcach po ukończeniu zajęć codziennych, ojciec stawał się więcéj ożywionym i chętniéj brał udział w rozmowie. Taki stan rzeczy trwał dwa lata. W kwietniu br. zapadła jego żona na zapalenie płuc i zmarła w szpitalu po kilku dniach. Stan W. pogorszył się od tego czasu bardzo znacznie. Nie miał około siebie nikogo, ktoby go wobec kalectwa wsparł w załatwianiu najprostszych zajęć. Synowie obaj zajęci prawie cały dzień, starszy w handlu, młodszy w pracowni mechanika, widywali się z ojcem zaledwie wieczorem, a sługi wynajmowane odchodziły wkrótce znudzone gderaniem starca i bezwzględném jego postępowaniem. Zniechęcony do całego świata, w wyższym stopniu niechęć obja-

wiał do lekarzy, a pomimo rad osób znajomych nie udawał się do Zakładu klinicznego tutejszego, aby się poddać operacyi katarakty. W końcu widząc bezskuteczność usiłowań swoich, przestali synowie i sąsiedzi nakłaniać go do szukania pomocy lekarskiéj, mając również wstręt do nawalnicy namiętnych gróźb i przekleństw na lekarzy, zwłaszcza od czasu śmierci żony. Starzec ufał tylko swojéj metodzie leczenia, która mu sprawiała ulgę w dawném cierpieniu, guzach krwawnicowych; lekiem tym wypróbowanym były pigułki Morisona, — te zażywał systematycznie do ostatnich czasów. Niejednokrotnie można było wśród ożywionéj rozmowy przekonać się o zwątpieniu, które ogarniało jego umysł.

W ciągu ostatnich kilku tygodni starzec stał się tak dokuczliwym i zgryźliwym, że zupełnie obojętne postępki synów, których widywał wieczorem, wprawiały go w złe usposobienie i gderania swoje przeciągał zazwyczaj w noc późną. Ten stan rzeczy doprowadził do tego, że synowie nie mając innéj rady unikali rozmów z ojcem, aby go mimo woli nie rozdrażniać, gdyż powodem do gniewu bywała zazwyczaj błaha okoliczność. W przeddzień katastrofy czuł się W. bardzo osłabiony, w rozmowie z sąsiadem objawił chęć widzenia się z córką zamieszkałą w Królestwie i mówił, że ma jutro przyjechać, „ale kto wie, czy mnie jeszcze zastanie“. Nikt nie przypisywał słowom tym znaczenia donioślejszego, każdy słysząc to musiał takie wypowiedzenie położyć na karb depresyi umysłu, która objawiała się już dawniéj, zresztą słowa te były w sprzeczności ze stanem ogólnym starca, który przechadzał się koło domu. Wieczorem nie zauważyli synowie nic takiego, coby w zachowaniu się i rozmowach ojca różniło się od czynności i mów jego codziennych tak, że bez obaw o stan ojca spać się pokładli. Wcześnie rano zbudził się syn starszy, ojciec nie spał już, lecz chodził po pokoju. Z krótkiéj drzymki ponownéj syn zbudzony został nagłém wstrząśnięciem, które pochodziło od cięcia brzytwą, zadanego mu przez ojca. Ujrzawszy go z brzytwą skrwawioną, oddalającego się od łóżka i zbliżającego się do łóżka młodszego brata, zaczął głośno wołać na brata śpiącego, aby uciekał. Gdy młodszy zerwał się z posłania i zbliżył ku drzwiom, zwrócił się ojciec ku swojemu pokojowi, wszedł tamże i zamknął drzwi za sobą. Przemocą dostano się do pokoju, gdzie siedział starzec na krawędzi łóżka, i brzytwą przerzynał całą grubość powłok brzusznych, części przecięte ujmował ręką lewą i rozsuwał a prawą trzymając brzytwę prostopadle rozcinał już po stronie prawéj. Zanim przerażeni zdołali przyskoczyć do samobójcy, ten odłożył brzytwę na bok i obiema rękami zaczął wydobywać tłoczące się trzewa brzuszne.

Tak opisują naoczni świadkowie przebieg zdarzenia. Policyjno-sanitarna sekcyja zwłok starca zmarłego dnia tegoż, wykonana w prosektoryjum Zakładu medycyny sądowéj, wykazała co następuje:

1) Zwłoki mężczyzny lat około 80 liczyć mogącego dobrze zbudowanego i miernie odżywionego. — 2) Stężenie trupie utrzymane w miernym stopniu w odnogach dolnych, odnogi górne wolne. Plamy trupie na grzbiecie nieliczne, przez nacięcie jako takie stwierdzone, są barwy zwykłéj.— 3) Na odnogach dolnych widać obrzęk miernego stopnia najwyraźniejszy około kostek. — 4) Ręce i nogi zwłok są zbroczone krwią przyschniętą, która znajduje się zwłaszcza na palcach rąk w większéj ilości, jak niemniéj na wzgórku łonowym.—5) Powłoki brzuszne są pokryte pętlami jelit, które występują z jamy brzusznéj przez ranę w powłokach, przebiegającą poziomo na $1/2$ cm. poniżéj pępka. Długość rany 20 cm., brzegi ostre, w licznych miejscach podbiegnięte krwią skrzepłą.—6) Powyżéj téj rany, w wysokości samego pępka jest druga rana cięta nie przenikająca powłok na wskroś, przecinająca skórę i tkankę podskórną, długości 15 cm., do pierwszéj zupełnie równoległa. Brzegi jéj ostre różnią się jednak od siebie mianowicie w ten sposób, że brzeg górny jest klinowaty tak, że ostrze klina odpowiada dolnéj części rany, brzeg dolny również klinowaty a ostrze klina odpowiada powierzchni przyskórkowéj płatu. Po zesunięciu obu brzegów zachodzi brzeg dolny skóry na górny na 2 do 3 mm. Rana ta zaczyna i kończy się ostro, tj. nie przedstawia wypustki ogonkowatéj ani na prawo ani na lewo, prawy jéj koniec wznosi się jednak nieco ku górze i okrąża w części od góry i strony lewéj twardy pierścień pępkowy. Naśladując cięcie to grzbietem noża tępym i prowadząc nóż ten w saméj ranie od strony lewéj ku prawéj, widzi się, że za zbliżeniem się do pępka skóra w tém miejscu ugina się w fałd, pod który chowa się pępek a grzbiet noża trzymanego zupełnie w przedłużeniu rany wchodzi w koniec téjże zbaczający ku górze. Następnie uwalnia się fałd skóry z pod grzbietu noża, który wskakuje w rankę trzecią, mniejszą, leżącą na prawo od opisanéj, w jéj przedłużeniu. Ranka ta długości 7 cm. jest całkiem powierzchowna, przenika samą skórę, tak jak poprzednio opisana w kierunku nieco skośnym; ku stronie prawéj staje się ona coraz płytszą, wreszcie gubi się ogonkowato w prawém podżebrzu.

Brzegi wszystkich trzech ran są ostre, nieco wywinięte i podbiegnięte krwią w kilku miejscach.

Zresztą nigdzie na ciele nic widać śladu obrażenia.

B) Oględziny wewnętrzne. 7) Powłoki czaszkowe miękkie prawidłowe. Czaszka gruba symetryczna, opona twarda przylega silnie do kości, jest gruba lecz wszędzie gładka i połyskująca. Opony miękkie na szczycie półkul znacznie zgrubiałe i mleczno zabarwione.—8) Zwoje mózgowe nader wybitne a rowki między nimi głębokie wypełnione cieczą przeźroczystą surowiczą. Mózg na rozkroju niedokrewny i blady, istota korowa wszędzie jednostajnie zwężona. Naczynia na podstawie znacznie zgrubiałe i porozszerzane a zwłaszcza tętnica podstawowa.—9) Komórki mózgowe porozszerzane i wypełnione cieczą surowiczą.—10) Płuca oba lekko przyczepione, opłucne blade, wybroczyn nie widać pod niemi. Miąższ płuc suchy, niedokrewny, zawiera wszędzie powietrze.—11) Serce na całéj przestrzeni zrośnięte z osierdziem, komórki obie próżne, w przedsionkach i grubszych pniach naczyniowych znajdują się wiotkie, czerwono skrzepy. Zastawki prawidłowe, mięsień sercowy wejrzenia brunatnego. Tętnica główna przedstawia zaledwie gdzieniegdzie początki miażdżycy. Tętnice wieńcowe bez zmian. — 12) Otrzewna jelitowa ani kreska i sieć nie jest nigdzie uszkodzona, w jamie otrzewnowéj znajduje się około 200 grm. skrzepów wiotkich i nieco krwawéj surowicy zwłaszcza w miednicy małéj.—13) Żołądek skurczony, błona śluzowa pokryta warstwą gęstego śluzu przylegającego dość silnie, treści pokarmowéj nie ma w żołądku. Po usunięciu śluzu przedstawia się błona śluzowa zgrubiała, wybroczyn pod nią nie widać. — 14) Wątroba niedokrewna, miąższ nie przedstawia zmian oprócz zaniku rozpościerającego się na oba płaty, śledziona mała twarda, torebka gruba.— 15) Nerki małe, torebki schodzą z trudnością pozostawiając powierzchnię ziarnistą i gdzieniegdzie małe torbiele. Istota korowa

jednostajnie zwężona i pozaciągana. — 16) Moczowody i pęcherz moczowy bez zmian.—17) Jelita miernie gazami wzdęte zawierają kał rzadki, błona śluzowa nie przedstawia nic uwagi godnego.

Orzeczenie opiewało jak następuje:

Sekcyja wykazała: 1) Zmiany zanikowe starcze w mózgu, sercu, wątrobie i śledzionie.—2) Zmiany śródmiąższowe w istocie korowéj nerek, które wraz z objawami upośledzonego krążenia w układzie żylnym (opuchlina odnóg dolnych) uzupełniają obraz przewlocznéj choroby Brighta. — 3) Znaczna niedokrewność wszystkich narządów, któréj powodem był krwotok częścią zewnętrzny częścią wewnętrzny z ran ciętych powłok brzusznych, wywołanych narzędziem ostrém Postać i przebieg tych ran przemawiają za tém, że one wywołane zostały własną ręką denata a opis świadków zasługuje zupłnie na wiarę. Przyczyną śmierci jest ostra niedokrewność.

Rana na powłokach brzusznych syna, składająca się właściwie z dwóch ran poziomych, z których jedna była oddzielona od drugiéj wąskim paskiem skóry nie uszkodzonéj, była bardzo podobną do pierwszéj rany ojca i przebiegała tak jak tamta w wysokości pępka; długość i głębokość ich były prawie zupełnie takie same. Skoro je jednak dokładnie porównano, uderzyły dwie różnice, nad któremi zastanowić nam się należy. Jak opisano w protokole sekcyjnym (l. 6) zachodziły brzegi rany téj nieco na siebie a mianowicie brzeg dolny zachodził na górny. Okoliczność ta dowodziła pochyłego ustawienia ostrza brzytwy do powierzchni ciała. W ranie syna były brzegi obydwa zupełnie prostopadłe i schodziły się w płaszczyźnie prostopadłéj do ciała. Powtóre, obydwie rany syna razem wzięte były więcéj zbliżone do linii prostéj a mianowicie w ranie po stronie lewéj nie było owego wzniesienia się i okolenia niejako pierścienia pępkowego, jakie opisaliśmy w protokole sekcyjnym; lewa rana syna kończyla się całkiem ostro tuż przy pępku, druga część téj rany zaczynała się tuż nad pępkiem, również ostro, a przebiegając nieco lukowato ginęła w podżebrzu prawém, stając się przytém coraz płytszą i coraz mniéj wyraźną.

Pierwsza z różnic właśnie opisanych jest bez wątpienia przypadkową, przyczyną jéj była okoliczność, że starzec zadając sobie cięcie trzymał brzytwę nieco pochyło, nie ma ona przeto znaczenia donioślejszego. Ważniejszą jest druga różnica, a to z tego względu, że przebieg ran prawie w téj saméj okolicy ciała, różniący się tak znacznie, zmusza do szukania przyczyny w różném napięciu powłok brzusznych co jest w bezpośrednim związku z pozycyją, w jakiéj obydwie rany powstały. Nie potrzeba długiego wywodu na to, aby udowodnić, że konfiguracyja rany ojca była możliwą tylko w tym razie, jeżeli tenże siedział i w ogóle miał powłoki brzuszne zwiotczałe. Zwiotczenia tego dowodzi ów fakt opisany w protokole sekcyjnym a tworzący się wśród naśladowania cięcia za pomocą grzbietu noża. Przy sekcyi były powłoki brzuszne zwiotczałe w skutek istnienia rany drugiéj przenikającéj na wskróś, gdy równocześnie pewném jest, że rana druga wywołaną została późniéj aniżeli pierwsza, t. j. powierzchowna, a okoliczność tę stwierdzili świadkowie naoczni, musi każdy przyznać, że w tych warunkach jedynie pozycyja siedząca starca tłumaczy niezwykły kształt rany.

To nagłe wzniesienie się rany ciętéj, tak, że jedna jéj część przebiega pod kątem do drugiéj jest zwykłém zjawiskiem i opisywaném niejednokrotnie w tych okolicach ciała, gdzie skóra przyczepiona za pomocą wiotkiéj tkanki łącznéj łatwo w fałd ująć się daje. Najczęściéj napotyka się to zjawisko na ranach ciętych szyi; rany cięte brzucha a zwłaszcza zadane ręką samobójcy należą do rzadkości, to też w literaturze nie można znaleźć przypadku podobnego do naszego. Twierdzenie wypowiedziane na sam widok rany starca, że ona powstała w pozycyi siedzącéj, potwierdza całkowicie opowiadanie świadków, którzy starca w téj pozycyi na krawędzi łóżka zastali

---

Wywiady dokładne, o ile to było możliwém, nie zdołały przekonać, że u starca istniało zboczenie umysłowe. Zachowanie się jego przed katastrofą uchodziło po największéj części uwagi synów, którzy od kilku miesięcy zaledwie wieczorem mogli ojca widywać; sąsiedzi i znajomi znajdowali dostateczne usprawiedliwienie jego ponurego usposobienia i wstrętu do obcowania z ludźmi w warunkach, wśród których pędził starzec ostatnie miesiące życia, tak, że na pytania dotyczące jego stanu umysłowego nie można było otrzymać odpowiedzi, któreby sprawę w odpowiedniém świetle przedstawić mogły. Pomimo tego jednak jest niewątpliwém, że czyn ten, względnie czyny, były następstwem zboczenia umysłowego. Zmiany mózgu opisane w protokóle sekcyjnym uprawniają do przypuszczenia, że wobec tak wybitnego zaniku starczego tego narządu trudno przypuścić, aby stan umysłowy tego człowieka był za życia prawidłowy. Nie poprzestajemy jednak w téj mierze na samych domysłach i przypuszczeniach; możemy bowiem w samym czynie dopatrzyć się cech zboczenia umysłowego. Pobudki czynu brak zupełny w naszym przypadku, stosunek synów, a w szczególności syna ranionego do ojca miał być wzorowym, jak twierdzą sąsiedzi, sam zaś czyn nosi na sobie cechy gwałtownych czynów melancholików, którzy dopuściwszy się zbrodni zgłaszają się sami do władzy, chcąc ponieść zasłużoną karę. W naszym przypadku zamiast szukania sprawiedliwości następuje wykonanie wyroku własną ręką. Wszystko tedy przemawia za tém, że był to przypadek obłędu starczego z przebiegiem podobnym do zadumy.

II. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

Przyczynki do nauki o wyłuszczeniu wola.

Podług wykładu mianego na Zjeździe poznańskim.

Skreślił Dr. H. Schramm,
asystent kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 36).

5. N. Prosówna, lat 19 licząca, dziewczyna wiejska. Od 2 lat zauważyła zgrubienie szyi, a od kilku miesięcy wystąpiły napady duszności zwłaszcza przy nieco cięższéj pracy. W dniu przyjęcia spostrzeżono u zupełnie zdrowéj i dobrze zbudowanéj dziewczyny wól wielkości 2 pięści, zajmujący jednostajnie cały gruczoł, głos chrypliwy.

Dnia 4 lipca wyłuszczył prof. Mikulicz cały gruczoł tarczykowy zwykłym sposobem. Cięcie po stronie prawéj wzdłuż m. mostko-sutkowego. Obie połowy gruczołu wyjęto osobno, nerwy krtaniowe, podobnie jak w poprzednich przypadkach otoczone naczyniami tętniczemi, odsłonięto i usunięto na bok.

Rana zgoiła się zupełnie *per primam* pod 3ma opatrunkami.

Na drugi dzień po operacyi wystąpiły wyraźne objawy tetanii w postaci charakterystycznych skurczów w odnogach górnych. Już przy lekkiém uderzaniu w okolicy nerwu twarzowego występowały silne drgawki w odpowiedniéj połowie twarzy. Chora skarżyła się na ból głowy i lekką duszność. Po podaniu 4 gramów chloralu w dwóch dawkach ustąpiły kurcze w rękach na drugi dzień bez śladu, i nie można już było wywołać ich ani przez ucisk na pnie nerwowe lub tętnicze, ani prądem elektrycznym lub innemi środkami drażniącemi, tylko objaw twarzowy (*phänomen faciale*) utrzymywał się lubo w niższym stopniu jeszcze przez 5 dni. Chora opuściła klinikę w 14 dni po operacyi z raną zupełnie zgojoną, głos jéj był jeszcze dość mocno ochrypły. O dalszym jéj losie nie mogłem się nic dowiedzieć.

6. Zofija Prosówna, lat 16 licząca, siostra poprzedniéj choréj, przybyła do szpitala św. Łazarza dnia 19 czerwca 1883 r. z powodu guza na szyi, który zaczął rosnąć przed 3ma laty, doszedł obecnie wielkości dużego jabłka, przedstawiając przy badaniu wszelkie cechy wola miąższowego. Chora skarżyła się na znaczną duszność zwłaszcza przy silniejszych ruchach, głos jéj czysty.

Dnia 30 czerwca wyjął prof. Mikulicz cały gruczoł, cięcie skórne wzdłuż brzegu mięśnia sutko-mostkowego prawego. Krwotok względnie mały. Nerw krtaniowy otoczony i tutaj gałązkami tętnicy tarczykowéj dolnéj odosobniono dokładnie. Po operacyi trwającéj wraz z narkozą godzinę głos choréj był zupełnie czysty.

Przebieg prawidłowy. Rana zgoiła się pod dwoma opatrunkami *per primam*, chora opuściła szpital d. 10 lipca. Głos jéj był tak czysty i donośny jak przed operacyją.

7. Michał Suchoń, lat 26 licący, wieśniak, opowiada, że przed kilku laty utworzył mu się prawie w samym środku szyi guz, który długo pozostawał niezmienny i dopiero przed kilku miesiącami zaczął się szybko powiększać i stał się przyczyną duszności przeszkadzającéj choremu śród cięższéj pracy. Badanie wykazuje w samym środku szyi guz wielkości kurzego jaja, wychodzący od części środkowéj gruczołu tarczykowego i z nim ściśle połączony. Guz elastyczny, przy dokładniejszém badaniu wykazać można chełbotanie. Nadto po lewéj stronie szyi znajduje się wrzód nerkowaty, głęboki na 4cm., powstały po zropiałym gruczole limfatycznym. Przetokę tę przecięto i wyskrobano ostrą łyżeczką a po zgojeniu się téj rany przystąpił prof. Mikulicz d. 3 lipca do wyłuszczenia wola cięciem podłużném w środku szyi. Wyłuszczenie torbiela łatwe, krwotok mały, nerw krtaniowy nie odsłonięty. Przebieg zupełnie pomyślny, chory opuścił szpital w dziesięć dni po operacyi z raną *per primam* zgojoną. Głos czysty.

8. Katarzyna Raczenkowa, lat 40 licząca, wieśniaczka, przybyła do kliniki 17 października 1883 r. z powodu guza po prawéj stronie szyi. Guz ten według opowiadania choréj zaczął wzrastać, a od kilku miesięcy sprawia choréj dolegliwości z powodu duszności i chrypki. Badanie wykazuje wól wielkości pięści, wychodzący od prawéj połowy gruczołu. Więzadło głosowe prawe nieco mniéj ruchome niż lewe.

Dnia 19 października 1883 wykonał prof. Mikulicz wyjęcie prawéj połowy gruczołu zwykłym sposobem. Cięcie skórne wzdłuż brzegu wewnętrznego mięśnia mostko sutkowego, krwotok nie wielki, nerw krtaniowy dokładnie od otaczających go naczyń odosobniono i usunięto na bok, tak, że nie został uszkodzony. Po założeniu sączków i zespojeniu rany założono zwykły opatrunek przeciwgnilny.

Przebieg zupełnie pomyślny, bezgorączkowy, rana zgoiła się w całości *per primam*. Głos choréj po operacyi był słaby i chrypliwy i pozostał takim aż do dnia opuszczenia kliniki w 2 tygodnie po operacyi. Badanie wziernikiem wykazało zupełną nieruchomość więzadła głosowego prawego.

W 3 miesiące później zgłosiła się chora powtórnie do kliniki. Blizna na szyi ledwie widoczna, pozostała połowa gruczołu nie powiększona, trudności w oddechaniu żadnéj. Głos bez dźwięku, słaby, cokolwiek dłuższe mówienie dla choréj bardzo uciążliwe. Badanie wziernikiem wykazuje zupełne porażenie więzadła prawego. Zastosowano miejscowo prąd elektryczny i po 3ch tygodniach głos choréj poprawił się znakomicie, stał się wyraźnym i donośnym. Korzystna ta zmiana nastąpiła, jak się o tém można było przekonać przy badaniu wziernikiem, jedynie przez rozleglejsze ruchy więzadła lewego, prawe pozostało nieruchomém.

9. Mikołaj Stefański, lat 20 liczący, wieśniak, pochodzący z zdrowéj rodziny, zamieszkujący okolice Krakowa, w których wól należy do chorób dosyć często napotykanych; podaje, że przed 3ma laty zauważył zgrubienie szyi, które się zwolna zwiększało, a przed 3ma miesiącami wystąpiła lekka chrypka i utrudnione oddechanie zwłaszcza przy silniejszych ruchach i cięższéj pracy.

W dniu przyjęcia do kliniki znaleziono stan następujący: Odżywienie dobre, narządy wewnętrzne zupełnie prawidłowe. Szyja zgrubiała, obwód jéj wynosi 39cm. Zgrubienie to wywołane jest przez powiększenie gruczołu tarczykowego, w którym wyczuć można 3 guzy wielkości jaja kurzego, dość ściśle ograniczone, ułożone w obu płatach i części środkowéj gruczołu; obok nich wymacać można kilka mniejszych guzków dochodzących wielkości orzecha laskowego. Głos nieco chrypliwy, przy głębokim wdechu słychać szmer wskazujący zwężenie tchawicy, szmer ten staje się bardzo wyraźny, gdy chory przegnie głowę mocno ku przodowi, przyczém chory doznaje znacznéj duszności. Badanie wziernikiem wykazało w krtani stosunki prawidłowe.

Rozpoznanie zatém opiewało: *Adenoma foetale* (według Woelflera) *glandulae thyreoideae subsqu. compressione tracheae.*

W celu leczniczym wstrzykiwano do gruczołu co 2 dni po 0·5 nastoju jodowego, gdy jednak po 10 wstrzyknięciach obwód gruczołu zupełnie się nie zmienił i duszność utrzymywała się w tym samym stopniu, przystąpił prof. Mikulicz do wyłuszczenia całego gruczołu, sposobem zwykle przez siebie używanym, tj. za pomocą jednego cięcia wzdłuż wewnętrznego brzegu mięśnia mostko sutkowego prawego (gdyż prawa połowa gruczołu była znaczniéj powiększoną).

Wyłuszczenie prawéj połowy przedstawiało dość znaczne trudności z powodu, że róg górny gruczoła zachodził głęboko między tchawicę a połyk. Po odsłonięciu go i podwiązaniu tętnicy tarczykowéj górnéj odsłonięto ostrożnie nerw krtaniowy dolny, a po podwiązaniu 2 gałązek tętnicy tarczykowéj dolnéj, między któremi nerw się przewijał, podwiązano pień tętnicy, poczém dopiero usunąwszy nerw na bok, odłuszczono gruczoł tarczykowy od przedniéj ściany tchawicy.

W podobny sposób wyłuszczono i lewą połowę gruczołu, przyczém nerw krtaniowy, przedstawiający względem tętnicy tarczykowéj dolnéj te same stosunki topograficzne, został dokładnie oddzielony i nieuszkodzony. Tchawica była bardzo mocno z boku na bok ściśnięta, tak że światło już mogło mieć najwięcéj 3 mm. szerokości.

Ranę wymyto 3% kwasem karbolowym, założono 4

sączki i brzegi jéj zespojono 4 szwami płytkowemi i kilkunastu węzełkowemi, poczém założono opatrunek z gazy jodoformowéj i używanych obecnie w naszéj klinice worków z trocinami napojonemi olejkiem jałowcowym (*ol. cadini*) (20% co do ciężaru). Chory po operacyi nie bardzo osłabiony, głos nieco chrypliwy, lecz zupełnie wyraźny.

Przez następne dwa dni stan zupełnie pomyślny, ciepłota 37—37·5., tętno 80—94. Dnia 10 stycznia, zatém na trzeci dzień po operacyi wystąpiły wybitne objawy tetanii, w postaci charakterystycznego skurczu w odnogach górnych, bólów ciągnących w odnogach dolnych; przy lekkiém uderzeniu w okolicy nerwu twarzowego bardzo wyraźny skurcz wszystkich mięśni twarzowych odpowiedniéj strony (*Phänomen faciale Trousseau*). Stan ten utrzymywał się bez zmiany przez 5 godzin, poczém kurcz i bóle w odnogach ustąpiły, stan bezgorączkowy, chory zresztą swobodny, noc spokojna.

Dnia 11 stycznia koło południa wystąpił na nowo skurcz w odnogach górnych, lecz słabszy niż dnia poprzedniego, objaw twarzowy utrzymuje się w téj saméj sile. Skurcz mięśni ustąpił po dwóch godzinach, poczém powstały jeszcze lekkie bóle ciągnące, które znikły po kilku godzinach, aby już więcéj nie wrócić.

Drażliwość nerwu twarzowego utrzymywała się jeszcze przez trzy dni, poczém także znikła bez śladu.

Tymczasem przebieg rany był zupełnie prawidłowy, 12 stycznia wyjęto sączki, 16 usunięto szwy, cała rana zgoiła się *per primam.*

Badanie wziernikiem wykonane 18 stycznia, zatém w 11 dni po operacyi, wykazało niedowład prawego więzadła bardzo niskiego stopnia, głos nieco tylko chrypliwy, lecz donośny. Oddech swobodny. W tym stanie opuścił chory klinikę.

W trzy miesiące po operacyi zgłosił się chory powtórnie do kliniki, skarżąc się na bóle ciągnące w odnogach, brak apetytu, ociężałość; ogólne osłabienie i chwilowo występujące zawroty głowy. Blizna na szyi nieco wyniosła i twarda lecz niebolesna, tetanii nie można było wykazać ani śladu. Twarz chorego obrzmiała, wyraz matołkowaty, słowem chory ten przedstawiał wybitne objawy choroby zwanéj przez Kochera *Cachexia strumipriva.* Oddech nie utrudniony, głos czysty. Więzadła głosowe prawidłowo ruchome. Tchawica, którą można wymacać przez skórę, jest już prawie normalnych wymiarów i elastyczna. Chory opuścił klinikę z poleceniem używania kąpieli, ruchu i powietrza, jakotéż przepisano mu żelazo do wewnętrznego użycia. O dalszym losie chorego nie mogłem się dowiedzieć. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie z konferencyi o cholerze. Dyskusyja

w państwowym Urzędzie zdrowia w Berlinie w d. 29 lipca br. podał Dr. Schaitter.

Z powodu spóźnionéj pory odroczono dyskusyję nad wykładem Kocha do dnia 29 lipca.

W dyskusyi téj zabrał najprzód głos Virchow i zdania przedłożone przez Kocha podzielił na dwie grupy. Do pierwszéj zaliczył te twierdzenia, w obec których członkowie konferencyi mogą jedynie wyrazić swoje uznanie i zadowolenie, co do których jednak nie mogą mieć własnego zdania, zdobytego na podstawie samodzielnych badań. Do drugiéj grupy zaliczył kwestyje, nad którémi mają prawo głos zabierać a to na podstawie doświadczeń uzyskanych w czasach poprzednich epidemij.

Pierwszém pytaniem tego rodzaju jest:

1) Czy cholerę wywołuje przyrzut specyficzny pochodzący jedynie z Indyj?

V. jest przekonany, że w Niemczech nie ma nawet potrzeby dyskutowania nad tém pytaniem, a o ile wié nie starał się w ostatnim lat dziesiątku nikt obalić tego zdania. Hirsch stwierdza, że na konferencyi sanitarnéj odbytéj w Wiédniu w roku 1874, w któréj sam brał udział jako delegat Państwa Niemieckiego, zapanowało ogólne przekonanie, że cholerę wywołuje jedynie przyrzut zawleczony z Indyj. Zgodne to zapatrywanie z tego jeszcze względu zasługuje na wzmiankę, że członkowie tamtéj konferencyi bardzo różnili się w zapatrywaniach swoich na inne szczegóły dotyczące cholery.

Z kolei zajęto się pytaniem:

2) Czy przyrzut znajduje się w odchodach względnie w wymiocinach, czy téż wykazać go można również we krwi, w moczu, pocie i w powietrzu wydychaném?

Virchow wykazuje, że pytanie to nasunęło się z powodu, że komisyja francuzka miała wykazywać przyrzut w innych częściach organizmu a zwłaszcza we krwi. Koch, który już dawniéj temu zaprzeczył, twierdzi ponownie, że przyrzut znajduje się wyłącznie w odchodach a na dowód, że we krwi i innych cieczach organizmu i w powietrzu wydychaném nie ma przyrzutu, przytacza, że dotąd nie jest znanym przypadek zarażenia się cholerą przy sekcyi, podczas gdy zarażenie durem powrotnym i wąglikiem nieraz już przy téj sposobności powstało. Virchow nie przypomina sobie, żeby dawniejsze badania w tym kierunku doprowadziły były do pewnego rezultatu.

Za zgodą uczestników poddano równocześnie dyskusyi pytanie:

3) Czy wykrycie prątka przecinkowego ma wartość rozpoznawczą? wraz z pytaniem: 4) Czy prątek przecinkowy jest przyrzutem cholerze właściwym?

Stawiając trzecie pytanie nie powodował się Koch myślą, że rozstrzygnięcie tegoż nada pewien kierunek usiłowaniom leczniczym. Rozstrzygnięcie to zdaniem jego ma większą ważność dla lekarza, który z urzędu powołanym być może do dania opinii o pierwszych przypadkach powstałéj choroby. Mowca kładzie nacisk na to, że mikroskop sam do tego nie wystarcza, a lekarz lub urzędnik zdrowia musi być również biegłym w przeprowadzaniu hodowli. Zdaniem Skrzeczki nie można obecnie ani nawet w niedalekiéj przyszłości spodziewać się po lekarzach takiéj wprawy i biegłości w badaniach tego rodzaju, może być jednak, że z czasem jéj nabędą. Virchow przyznaje téj kwestyi praktycznéj podrzędne znaczenie, jego obchodzi głównie pytanie czwarte, a jakkolwiek niepowodzenie dotychczasowe wśród szczepień cholery za pomocą prątka nie stanowi dowodu, że prątek nie jest przyrzutem cholery, to jednak wzmianka uczyniona przez Kocha, że Richardsowi udało się wśród żywienia świń odchodami cholerycznych wywołać u tych zwierząt ciężkie przypady a nawet śmierć, zasługuje na uwzględnienie, jakkolwiek obraz chorobowy nie zupełnie podobnym był do cholery a Koch tłumaczył tę okoliczność tém, że były to przypady otrucia istotami, które powstanie swoje zawdzięczają prątkom. Bądź co bądź są w téj kwestyi pożądane dalsze porówna-

wcze doświadczenia, gdyż w obec pojawienia się twierdzenia o istnieniu obok prątków pewnéj istoty trującéj, należałoby dopiero wśród tych doświadczeń przekonać się, czy można u zwierząt wywołać pewien zbiór przypadków, któreby można identyfikować z cholerą.

Wśród ostatnich kilkunastu lat wyczekiwano tylko odkrycia pewnego *Ens vivum*, które stanowi przyrzut cholery. Do takiego oczekiwania uprawniały trzeźwe obserwacyje epidemij ostatnich, ich przebiegu i szerzenia się, a stosując sposoby odwietrzające postępowano już tak, jakby się znało nieprzyjaciela: owe *ens vivum*. W obec twierdzenia Kocha, że niejednokrotnie mógł wykazać w jelitach osób zmarłych z cholery niejako czyste hodowle prątków przecinkowych, że mógł je snadnie wykazać w zanieczyszczonéj odchodami bieliźnie, którą wszyscy uważamy za najniebezpieczniejszego pośrednika przyrzutu, przyznać należy, że droga dla wszelkiéj innéj hipotezy jest zamkniętą i trudno przypuścić, żeby ten prątek nie był istotnie przyrzutem. Naturalnie, że kwestyja ta nie jest jeszcze ściśle naukowo załatwioną, dopóki nie wykazano, że u człowieka nie ma innéj choroby, lub innego stanu chorobowego, wśród którego ten sam prątek wykazać można. Jak na teraz powinni wszyscy a nawet ci, którzyby nie byli jeszcze przekonani o znaczeniu prątka, zająć w obec niego postawę taką, jakąby zajęli w razie ściśle naukowego stwierdzenia jego istoty i własności.

Hirsch podnosi ważność badania odchodów co do prątków przecinkowych zwłaszcza w tych przypadkach, w których nie można zrazu poznać, czy się ma do czynienia z cholerą azyjatycką, czy też ze swojską; przypadki ciężkie choroby ostatniéj noszą na sobie cechy nader zbliżone do cholery indyjskiéj, w tym podobnych tedy przypadkach byłoby wykazanie prątka przecinkowego nieocenioném, jeżeli on się tylko nie znajduje w przypadkach cholery swojskiéj.

Koch miał sposobność badać niedawno odchody chorego na cholerę swojską, nie wykazał jednak prątków przecinkowych, nie mógł ich również wykazać w wydzielinach i jelitach chorych zmarłych we Wiedniu. W ostatnich przypadkach zachodziła wątpliwość, czy się ma do czynienia z cholerą swojską, czy też z rażeniem słoneczném. (C. d. n.)

Doc. Dr. Karol Chodounsky: **Klimatyczne leczenie gruźlicy płuc.** (Praga, 1884 r. Odbitka z Časopisu l. č.)

Streścił Dr. A. Kwaśnicki.

Rozpatrzywszy się krytycznie w miejscowościach, do których posyłamy suchotników, niezawodnie spostrzeżemy te przeciwieństwa klimatyczne, któremi się różnią np. suchy i gorący klimat Kairu, gorący i wilgotny Madery od powietrza śnieżnych wyżyn alpejskich, lub nizkich wybrzeży morza Śródziemnego. Wysyłamy jednych do krajów ciepłych, ażeby uniknęli chłodów naszéj długiéj zimy, innym każemy po pół roku przebywać na wyżynach śnieżnych, zalecając pobyt na wolném powietrzu. Tak powierzchownie zapatrując się na tę sprawę możnaby nabrać przekonania, że klimat nie ma wpływu na przebieg gruźlicy płuc, a przez to samo przyznać się do braku naukowych wskazań w wyborze klimatycznego miejsca na pobyt dla chorych na suchoty. Prawdą jest, że w wielkiém skupieniu różnorodnych postaci chorobowych, podpadających pod nazwę suchot płucnych, są formy poprawiające się lub przemijające we wszystkich klimatach, byleby chorego postawiono w dobrych warunkach życia; natomiast ściśle spostrzeżenia pouczyły, że pewne formy suchot stale i niezawodnie polepszają się tylko w pewnych podniebiach, tak jak inne formy stale pogarszają się; spostrzeżenia te doprowadziły do badań, których następstwem było wypracowanie w świetle nauki i krytyki wskazań i przeciwwskazań klimatycznego leczenia suchot.

Odkrycie Kocha laseczników gruźliczych nie posunęło do téj pory naprzód terapii suchot płucnych; usiłowania poczynione na drodze antyseptycznéj już zostały porzucone; natomiast idąc za wskazaniami przyczynowemi i objawami miejscowemi, lekowanie suchot więcéj zbliża się do swego celu. Z całą świadomością i badawczością należy w leczeniu suchot uwzględnić tak stan ogólny chorego, jak i zmiany miejscowe w płucach, a jednocześnie uczynić wszystko możebne, ażeby oddechowa czynność płuc i krążenie krwi odbywały się w jak najlepszych warunkach; przysporzenie tych warunków jest zadaniem klimatoterapii.

Autor poprzedza swe uwagi praktyczne wywodami zmierzającemi do wykazania wartości pojedynczych czynników meteorologicznych w leczeniu klimatyczném, do których zalicza czystość powietrza i jego elektryczne napięcie, ciśnienie atmosferyczne, ciepłotę, nasycenie parami wodnemi, ruch powietrza i jasność firmamentu.

Co do chemicznéj czystości powietrza, to z wyjątkiem gazu kw. węglowego, inne składniki stale pozostają w prawidłowym stosunku na całéj powierzchni kuli ziemskiéj. Różnice stosunkowe ilości gazu kw. węglowego są małe i nie wywierają wpływu na ustrój ludzki.

Napięcie elektryczne jest znaczniejsze w górach, aniżeli w dolinach, najsłabsze w miastach; to mocniejsze napięcie na wyżynach wywiera wpływ pobudzający na ośrodek oddechowy i przez to staje się ważnym czynnikiem leczenia klimatycznego (Denison). W zależności od elektryczności jest obecność ozonu w powietrzu; pomijając teoretyczne wywody znaczenia ozonu dla organizmu, zaznacza autor, że większe miasta wyszczególniają się brakiem ozonu. Ozon również podnieca ośrodek oddechowy; na wyżynach górskich, morskich wybrzeżach i w okolicach leśnych ozon znajduje się w ilości obfitszéj, natomiast w powietrzu miast jest jego mało. Najpierwszym powodem zanieczyszczenia powietrza jest pył, bądź krystaliczny, bądź bezkształtny (Hann). Znaczenie pyłu, jako czynnika chorobotwórczego płuc jest dostatecznie i naocznie udowodnione; najwięcéj jego zawiera powietrze miejskie, a w parze z tym faktem jest największa śmiertelność po miastach z chorób płucnych (Eiselt, Tissandier); twierdzenie to uwydatnia statystyka śmiertelności wielkich miast, oraz porównanie śmiertelności z suchot płucnych w miastach i okolicy podmiejskiéj. Szkodliwy wpływ pyłu zarówno powstaje od pyłu bezkształtnego jak i krystalicznego. Wpływ powstający z drobnotworów roślinnych i zwierzęcych w kurzu znajdujących się, należy do spraw będących zadaniem nowoczesnéj teoretycznéj medycyny i dla tego pominął ją autor w swojéj praktycznéj rozprawie.

Wpływ ciśnienia atmosferycznego na oddechanie, krążenie i parowanie chyba nie potrzebuje dowodzenia. Stosując przyrządy pneumatyczne z zgęszczoném i rozrzedzoném powietrzem przekonano się, że powietrze zgęszczone rozszerza płuca przy biernym ich stanie, rozrzedzone zaś pobudza do rozszerzalności czynnéj. Dla praktyki ważném jest przekonać się, jaki wpływ wywierają wyżyny na oddechanie i krążenie; autor wpływ ten spostrzegał na sobie; w stanie prawidłowym liczy on 70—72 uderzeń tętna na minutę, a w zupełnym spokoju 12—13 oddechów; w alpejskim Oberdorfie (812 m. nad p. m.) przy kilkakrotném badaniu w ciągu doby tętno uderzało 76 razy, oddechów było

16. W Davos Platz (1556 m.) po obudzeniu się w łóżku 70 uderzeń tętna, oddechów 19. Na powietrzu po półgodzinnym wypoczynku w przedpołudniowéj godzinie oddechów było 23—24, tętno 84; wieczorem przy spokoju fizycznym 21 oddechów, 80 tętna. W St. Moritz (1786 m.) ilość oddechów była 22—24 przy 80 tętna. Autor spostrzegał u 6 osób te wahania się oddechów i znalazł, że średnia ich ilość była 21—24. Tu należy wspomnieć, że w tych górskich wyżynach zachodzi samowolna potrzeba głębokich wdechów, przy zupełnym spokoju fizycznym. Zasadniczo do podobnych wniosków i inni badacze doszli. Należy zauważyć, że liczby powyższe nieco zmieniają się po obyciu się z klimatem danéj wyżyny. Często zauważano spadanie tętna (np. z 120 na 92), co świadczy, że z pobudzeniem ośrodka oddechowego skurcz serca staje się mocniejszym.

Denison wyjaśnia w ten sposób krążenie płucne przy zmniejszoném ciśnieniu atmosferyczném. W powietrzu 5 razy rzadszém (na wyżynie 6,000 m.) wdechy stają się głębszemi i częstszemi. Zwiększony przypływ powietrza do płuc podnieca krążenie płucne, zasilane mocniejszym skurczem mięśnia sercowego; wydech w strefach wysokich jest krótszy; wobec tych warunków zgęszczenie powietrza w płucach się wzmaga, krew w naczyniach z większą siłą jest pchana do lewéj komórki, i jeśli te warunki oddechania i krążenia zwiększymy przez wzniesienie się na wyżynę 12,000′, to krwotok nastąpić musi. Te zmiany czynnościowe serca i płuc, występujące w strefach górskich, przyczyniają się do ułatwienia wykrztuszania, wsysania nacieków itd. Podnoszono, że w rozrzedzoném powietrzu mało się wdycha tlenu, co przecież ustrój odczuwać musi; w istocie największa ilość tlenu spostrzega się na wysokości powierzchni morza, przy 0°C. W miarę podnoszenia się ponad powierzchnię morza i przy powiększającéj się ciepłocie ilość tlenu obniża się, ale różnice te tak są nieznaczne, że w istocie nie należy ich uwzględniać. Braun przypomina, że w górskich strefach spotrzebowywanie tlenu jest tak małe, że już to samo jest w stanie zrównoważyć drobne ilościowe różnice.

Powszechnie wiadomo, że na wyżynach wzmaga się krążenie w skórze i błonach śluzowych, które zabarwiają się żywo, a są osoby, którym ten stan sprowadza krwawienie w obwodzie ciała, np. z nosa; to dało powód do obaw, że w górach powstawać muszą u suchotników krwotoki płucne. Doświadczenie jednak pouczyło, że krwotoki te w górach są nader rzadkie, a przyczyna tego spoczywa (Jaccoud) w tém, że nawał krwi do obwodu zmniejsza parcie jéj w trzewach. W sprawie téj odgrywa jeszcze wielką rolę stałość wahań ciśnienia atmosferycznego, które wraz z innemi korzystnemi własnościami powietrza górskiego oddziaływa na układ nerwowy, a za jego pomocą na wszystkie czynności ustroju. Wreszcie dodać należy, że przy zmniejszoném ciśnieniu atmosferyczném parowanie jest zwiększone, co znowu oddziaływa na szybsze utlenianie krwi, pobudzane krążeniem i oddechaniem, a wszystko razem wspólnie z podnieceniem nerwów wpływa na poprawę ogólnego odżywienia.

Dobrotliwy wpływ ciepła na życie organiczne należy do pewników. Natomiast wpływ korzystny ciepła w niektórych cierpieniach płucnych może niesłusznie dał powód do fałszywego mniemania, że ciepło jest potrzebne i suchotnikom. Statystyka wykazała przesadność tego zapatrywania, przynajmniéj co do miast (Pidoux, Lombard); ale należy przyznać, że w tym wypadku statystyka nie uwzględniała żadnych innych czynników prócz pory roku, co poprowadziło do błędnych wniosków, opartych na pozorach. Podług Brauna wysoka ciepłota zmniejsza częstość tętna i oddechów. Lombard w nowszych czasach doszedł do wniosków przeciwnych, mianowicie, że tętno staje się częstszém pod wpływem gorąca, a wolniej od chłodu; zauważano również, że ilość wydechana kw. węglowego zwiększa się pod wpływem chłodu; odwrotnie ma się rzecz z azotem. Transpiracyja zwiększa się w gorącém i suchém powietrzu, parowanie z płuc jest najwyższe w czasie suchego chłodu; moczenie wzmaga się w wilgotnym chłodzie, zmniejsza się podczas suchéj i ciepłéj pogody. Gorąco nie podnieca układu nerwowego. Denison streszcza w ten sposób wpływ ciepłoty na organizm ludzki: 1) w powietrzu gorącém i wilgotném ciepłota ciała zwiększa się; 2) w powietrzu ciepłém ilość oddechów zmniejsza się; 3) ciepłota powietrza ujemnie oddziaływa na odżywienie. Zima nader ciepła nie jest pomyślną dla zdrowia człowieka, a tém mniéj dla suchotnika.

Wilgotność powietrza zależy od względnéj zawartości w nim pary wodnéj i niezawodnie ma swój wpływ na organizm zwierzęcy; jeśli powietrze suche należy do podrażniających, to wilgotne jest kojącém (Thomas). Według Lombarda powietrze wilgotne ułatwia wydechanie kw. węglowego, oddechanie jest pełniejsze w powietrzu wilgotnochłodném. Parowanie w powietrzu wilgotném zmniejsza się, moczenie zwiększa się. W miarę wznoszenia się w górę nad powierzchnią morza zmniejsza się względna i bezwzględna ilość wilgoci w powietrzu; w lecie wilgotność jest mała na nizinach, w górach przeciwnie w zimie maleje. Powietrze wilgotne jest szkodliwe dla suchotników bez względu na jego ciepłotę.

Ruch powietrza oddziaływa pobudzająco na ustrój ludzki; parowanie zwiększa się, krążenie staje się energiczniejszém. Wpływ korzystny wiatru zależy od jego siły i kierunku, a rzecz prosta, że dla chorych na cierpienia płucne wiatry silne są szkodliwe.

Wszelka miejscowość, mająca być zaliczoną do miejsc leczniczo-klimatycznych, winna mieć większą część sezonu firmament wyjaśniony; już sama potrzeba, ażeby chorzy na piersi mogli jak najwięcéj przebywać na powietrzu, wymaga nieba niechmurnego.

Po tych ogólnych uwagach Dr. Chodounsky przeszedł do podziału klimatu i uwag leczniczo-klimatycznych, z których zdamy sprawę w następnym numerze. (C. d. n.)

Prof. E. Leyden: **Zwyrodnienie twardzielowe tętnic wieńcowych** *(Sclerosis art. coron.)* **i ich następstwa.**

Autor odróżnia kliniczne przypadki z przebiegiem ostrym i przewlekłym.

1) W przypadkach z przebiegiem ostrym występują nagle bardzo zatrważające objawy ze strony serca, poprzedzone dość często mniéj lub więcéj wybitnemi zwiastunami. Okres ten zwiastunowy odznacza się bólami w okolicy serca, mdłościami, niepokojem, jedném słowem przypadami podobnemi bardzo do objawów dusznicy bolesnéj. Po tych objawach zwiastunowych chory doznaje nagle nader gwałtownego bólu w okolicy serca, z uczuciem ogromnéj trwogi, lecz bez właściwéj duszności. Chory w tym okresie zwykle nagle staje lub kładzie się i pozostaje bez ruchu. Objawy przysłuchowe serca i zmiany w tętnie są nieznaczne. Charakterystycznym jest tylko wyraz trwogi, przerażenia i boleści w twarzy. Tętno bywa często nieco szybsze, niekiedy nieregularne, w niektórych jednak przypadkach zupełnie prawidłowe.

Autor nader rzadko spotkał się z tętnem zwolnionem, na które Samelson tak wielki kładzie nacisk.—Napad powyższy albo kończy się odrazu śmiercią, lub też dopiero po kilkakrotnem powtórzeniu się. W niektórych przypadkach autor uważał, że objawy dusznicy bolesnéj wcale nie występują, tak że napad przybiera postać omdlenia lub ostrego obrzęku płuc. Sinica występuje czasem w ostatnich chwilach, może jéj jednak także zupełnie nie być. Mocz dość często prawidłowy, czasem tylko nieobfity i białko zawierający. Przytomność istnieje często do saméj śmierci, w innych przypadkach śpiączka, majaczenie poprzedzają śmierć.

2) Przypadki z przebiegiem przyostrym nie odróżniają się wybitnie od poprzednich. Różnica polega na tém, że napady powtarzają się często i choroba ciągnie się tygodnie. I tutaj zwykle występują zwiastuny, jak kaszel, brak tchu, oddech krótki, często wybitne objawy dusznicy bolesnéj, niekiedy opuchlina. Chory czuje się raz lepiéj, to znów gorzéj, w końcu jednak śmierć przychodzi pośród coraz mocniéj występujących objawów, lub jeden silniejszy napad zabija chorego.

3) Przypadki z przewlekłym przebiegiem opisywano zwykle jako przewłoczne zapalenie mięśnia sercowego lub je wliczano w inne grupy chorobowe. — W przewlekłéj twardzieli tętnic wieńcowych można odróżnić trzy okresy. W pierwszym okresie choroba zwiastuje się jak w przypadkach o przebiegu ostrym i przyostrym. Okres ten jest dla leczenia najważniejszym. W okresie drugim chory czuje się znacznie lepiéj. Dolegliwości jego ograniczają się do krótkości oddechu i ogólnego osłabienia. Trzeci okres zakończa zwykle życie chorego już to pośród objawów coraz słabnącéj akcyi serca, już to występując jako dusznica bolesna z następowym obrzękiem płuc.—Badanie przedmiotowe nic charakterystycznego nie wykazuje. Ruchy serca są nieregularne lub regularne, to zwolnione to przyspieszone. Przyspieszenie tętna jednak częściéj ma miejsce niż zwolnienie. Rozpoznanie uważa autor za łatwe, szczególniéj jeżeli istnieje przytém ogólne zwyrodnienie miażdżycowe tętnic. Od stłuszczenia serca różni się choroba ta dominująca zwykle objawami dusznicy bolesnéj.

Przypadki z najgwałtowniejszym przebiegiem występują między 50 a 60 rokiem życia. Jeżeli choroba wystąpi po 60 roku, przebiega zwykle przewlekle. Choroba należy do rzadkości w wcześniejszym wieku niż 40 lat. Płeć męska więcéj jest skłonną do niéj niż żeńska. Również częściéj ją napotykamy u osób silnych niż słabowitych.—Pod względem etyjologii na pierwszém miejscu stoi nadużycie napojów wyskokowych. Autor przypisuje także znaczenie usposobieniu dziedzicznemu, silnym wzruszeniom itd. — Obraz cały chorobowy jednak odróżnić należy od podobnego cierpienia na tle syfilitycznem i kiła *eo ipso* nie można uważać za przyczynę téj choroby.

W czasie napadu zaleca L. leki podniecające lub bańki. Bardzo skutecznemi często okazały się leki nasenne w małéj dawce, szczególniéj morfin. Nitrogliceryny i amylnitritu nie radzi L. używać. Naparstnica, ostrożnie polecana, ma szczególniéj w przypadkach przewlekłych nie źle działać. Stósowanie zimna na okolicę serca jest przeciwwskazaném.

Pod względem patologiczno-anatomicznem rozróżnia autor: 1) zwyrodnienie tętnic wieńcowych bez zmian serca (brak rozszerzenia komórek lub zwyrodnienia mięśnia); — 2) zwyrodnienie jest przyczyną zakrzepowego rozmięknienia i wytworzenia się krwawego zawału, który może dać powód (do przerwania; 3 ognisko zakrzepowe organizuje się w tkankę łączną i tworzy mniéj lub więcéj wybitne modzele, które dają powód do rozszerzenia i przerostu serca lub do tętniaka serca; 4) wreszcie napotkać można kombinacyję rozmiękczenia zakrzepowego z wytworzeniem się tkanki modzelowatéj. Obraz pośmiertny często w zupełności tłumaczy obraz chorobowy za życia. (*Zeitschr. f. d. Med.* V, VI, 1884). *Dr. Kopff.*

Wiadomości pomniejsze.

Na posiedzeniu z d. 20 marca r. b. lekarzy szpitala Charité w Berlinie przedstawiono kilku chorych na cierpienia nerwowe z przypadami nader ciekawemi. Naprzód Dr. Oppenheim mówił o współruchach. Współruchy takie wydarzają się najczęściéj w porażonych odnogach w porażeniu połowiczém w czasie ziewania, kaszlu itp. O. przedstawia kilka takich ciekawszych przypadków. U chłopca z porażeniem połowiczém ręka lewa porażona zaciska się w pięść, jeżeli chory zaciśnie w pięść rękę prawą. W drugim przedstawionym przypadku ręka, będąca ciągle w chorobliwém skurczeniu, prostuje się, skoro tylko chory ziewnie. U chłopca jedenastoletniego znów, który nabył skutkiem duru brzusznego prawego porażenia połowiczego, porażenie to w ciągu dwóch lat ustąpiło prawie zupełnie, jednak wszystkim poruszeniom którejkolwiek z odnóg zdrowych towarzyszą odpowiednie ruchy odnóg przedtém porażonych. I tak np. gdy chłopiec lewą ręką zakreśla koło w powietrzu, prawa ręka mimowolnie wykonywa ten sam ruch. Ruch ten mimowolny chory może powstrzymać tylko, jeżeli rękę prawą (chorą) wesprze o jaki przedmiot. U innego znów chorego przedstawionego współruchy znów inaczéj się objawiają. Chory ten porażony po stronie lewéj skutkiem udaru mózgowego, może wykonać ręką porażoną wszelki ruch, ale tylko, jeżeli ruch taki sam równocześnie wykonywa ręka prawa (zdrowa). Gdy chory poruszać chce ręką zdrową, ręka chora jest w zupełnym spoczynku. U 35-letniego mężczyzny cierpiącego już od dwudziestu kilku lat na bezład w odnogach górnych i dolnych, występuje również szczególniejszy objaw tego rodzaju. Chory, leżąc na grzbiecie, nie może zgiąć jednéj nogi, aby równocześnie nie zgiął i drugiéj, w czasie tego i ręce w ramionach muszą zawsze wykonać jakiś ruch. Jeżeli chory mówił, musiał mimowoli zgiąć zawsze prawą nogę. Chory nie może ruchów tych przytłumić. U innego znów chorego, cierpiącego na *tabes dorsualis*, występują gwałtowne ruchy nóg, jeżeli chory kaszle lub kicha. Prelegent wykazuje, że dotąd jeszcze żadnemu z fizyjologów lub patologów nie udało się wyjaśnić tego szczególnego objawu współruchów. W dalszym ciągu posiedzenia Dr. Thomsen przedstawia chorego z nader ciekawemi objawami ślepoty duszy i częściowéj głuchoty słów. Chory, u którego prócz nieznacznych objawów przytępienia władz umysłowych nic z początku niedostrzegano, uskarżać się zaczął, że nie widzi, że mu okulary nic nie pomagają. Badanie wziernikiem ocznym nic nieprawidłowego nie wykazało. Chory jednak wielu rzeczy niedostrzega. Równocześnie zauważano, że chory i słów wielu nie rozumie. Źrenice zupełnie dobrze oddziaływają na światło. O przeszłości chorego i rozwoju choroby nic się dowiedzieć nie można było. Że chory widzi, to najlepiéj uwidocznia, że na żadnym przedmiocie nie utyka, że omija przeszkody itd. A przecież np. łyżki nie widzi, również nie rozumie wyrazu „łyżka“ i nie wie, do czego ona służy. Podobnież rzecz się ma i z wielu innemi przedmiotami. Jeżeli choremu podano zapalony stoczek, to chwyta go, ale jednak płomienia nie widzi, i dopiero sparzywszy się rzuca go i krzyczy. Mimo tego doświad-

czenie można kilka razy powtórzyć. Zdaje się, że chory słyszy wszystko, lecz wiele nierozumie, podobnie jak zdaje się, że wie wszystko, lecz wiele przedmiotów widzianych niedochodzi jego świadomości. O właściwéj afazyi nie ma u chorego mowy. (*Allg. C. Z.*) Ω.

IV. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Sprawozdanie z czynności Departamentu V Wydziału krajowego. Referent członek Wydziału krajowego Dr. F. Hoszard.

(Dokończenie. Patrz Nr. 36).

Ruch chorych w szpitalu powszechnym we Lwowie przedstawia się jak następuje: ilość chorych 11,247, dni leczenia 226,149, umarło 984, procent śmiertelności 8,6. Z tego widać, że ruch chorych w porównaniu z rokiem 1882 wzmógł się znacznie i rzeczywiście w ciągu ubiegłego roku, szpital był nieustannie przepełniony chorymi, tak, że czasami przychodziło umieszczać ich w korytarzach i na ziemi.

Na obserwacyi było 269, tak mężczyzn jak i kobiet. Na oddziale chirurgicznym wykonano operacyj większych 191, mniejszych 313, opasek gipsowych założono 80. Razem wykonano rękoczynów 584. Złamań leczono 140, ran 240. Na oddziale ocznym operowano 257 chorych.

Wydatki według zamknięć rachunkowych za r. 1883 wynosiły na oddziałach chorych 169,353 złr., a na oddziale położniczym 15,340 złr., razem 184,693 złr. Z téj kwoty za dzieci leczone w szpitaliku św. Zofii wypłacono 11,203 złr. Utrzymanie chorego przez cały czas leczenia jego kosztowało przeciętnie 16 złr. 42 ct., t. j. taniéj o 1 złr. 21 ct., jak w r. 1882. Każdy dzień leczenia kosztował 81,6 ct., wikt chorego na dzień 21 ct., a leki 5,8 ct.

Z ważniejszych spraw administracyjnych szpitala lwowskiego przytaczamy następujące:

Wybudowano pralnię według planów przyjętych przez Wysoki Sejm. Jakkolwiek ostateczny obrachunek nie jest jeszcze zrobiony, koszt budowy nie przekroczy preliminowanéj sumy.

Z powodu kilku przypadków wyskoczeń z okna tyfusowych i obłąkanych, znajdujących się w szpitalu na obserwacyi, poleciliśmy zaopatrzyć dwa pokoje i korytarz w kraty u okien i zamki u drzwi tak, że będą stanowić całość ściśle odgraniczoną od innych ubikacyj szpitala.

W 1883 r. leczono w Szpitalu św. Łazarza w Krakowie 6,706; dni leczenia było 177,161. Przeciętny pobyt chorych w zakładzie wynosił 26,4 dnia. Zmarło 664. Procent śmiertelności 11,6. Każde łóżko obłożone było 15 razy. Na choroby weneryczne leczono 992; na oddziale obłąkanych było 246, leczonych w ciągu 25,824 dni. Obłąkanych zmarło 24, t. j. 9.8% przeważnie na paraliż postępowy. Dzieci odesłano 827 do szpitala św. Ludwika, gdzie zostawały 25,555, t. j. o 3,903 dni więcéj jak w roku poprzednim. Wydatki netto na zwykłe utrzymanie w szpitalu św. Łazarza wynosiły według rachunków szpitalnych, dotychczas niesprawdzonych 146,985 złr., a po doliczeniu 3.312 złr., wydanych na podatki, daniny itd. kwotę 150,297 złr. Dochody 186,099 złr. Nadwyżka dochodów wynosić będzie prawdopodobnie około 35,802 złr. Koszt utrzymania chorego w ciągu całego czasu leczenia jego wynosił 24 złr. 92 ct., koszt jednego dnia leczenia 96,9, wikt dzienny chorego 23 ct. Budżet uchwalony przez Wysoki Sejm na 1883 r. przekroczono o 3,907 złr. Przekroczenie to spowodowane było: większą o 2,377 złr. wypłatą za leczenie dzieci w szpitalu św. Ludwika; większą o 358 zapomogą dla położnic i mamek za karmienie obcych dzieci, konieczną potrzebą większéj ilości posługi na oddziale obłąkanych, tudzież dla chorych na ospę i dla chorych na pierwszéj klasie, a co kosztowało więcéj o 708 złr., daléj wydatkiem na niwelacyją ogrodu szpitalnego 164 złr. Wreszcie nadzwyczajnymi wydatkami na zmianę belek w domu ekonomicznym, tudzież na rekonstrukcyję stodoły w Prądniku Czerwonym, które wynosiły 631 złr.

Zakład dla obłąkanych w Kulparkowie. W roku ubiegłym ruch chorych w zakładzie dla obłąkanych był następujący:

Leczono 859 chorych, to jest o 99 więcéj niż w roku 1882; w liczbie téj izraelitów 181, to jest 21%. Ilość dni leczenia wynosiła 149,223 a zatém o 12,851 dni więcéj niż w roku poprzednim. Zmarło 119 czyli 13,8%. Zwracamy uwagę, że na 117 znajdujących się w zakładzie, z nieuleczalném porażeniem umysłowém, umarło 51, a zatém 43.5% całéj ilości zmarłych. Przeciętny pobyt jednego chorego w zakładzie wynosił 173,7 dnia.

W ubiegłym roku więcéj używano chorych do roboty jak w roku 1882. Przeciętnie pracowało 144 miesięcznie. Używano ich w kancelaryi, w różnych warsztatach, w kuchni, pralni, do robót ziemnych w polu i ogrodzie, w krowiarni, do szycia i naprawiania bielizny. Pracowali obłąkani w ogóle 15,179 dni. Po strąceniu kwoty § 22 statutu oznaczonéj, wypłacono chorym za robotę 689 złr. 94 ct.

Wydatki na utrzymanie całego zakładu w roku 1883 wynosiły 147,457 złr. a zatém o 54 złr. mniéj jak preliminowano w budżecie. Utrzymanie jednego obłąkanego przez cały czas jego pobytu w zakładzie kosztowało 171 złr. 66 ct. a dziennie 98.8 ct., żywienie zaś chorego w ciągu dnia jednego 23,6 ct. Dochody wynosiły 154,214 złr. Nadwyżka dochodów w kwocie 6,757 złr. oddaną została do funduszu krajowego.

Szpitale prowincyjonalne. Ruch chorych w szpitalach prowincyjonalnych w roku 1883 wzmógł się bardzo znacznie w porównaniu z rokiem poprzednim. Ilość leczonych wynosiła 16,102, a zatém o 635 więcéj jak w roku 1882; dni zaś leczenia było 388,064, t. j. o 22,646 więcéj. Procent śmiertelności wynosił 9,3 a po odtrąceniu 139 przywiezionych w chwili konania 8,5. Każde łóżko było obłożone 9 razy w roku. Średni pobyt chorego w szpitalach 24,1. Powodem dłuższego przeciętnego pobytu chorych w szpitalach prowincyjonalnych w porównaniu z krajowemi jest stosunkowo większa ilość chorych dotkniętych chorobami wenerycznemi (3.703), których leczenie wymaga dłuższego czasu, a które szczególnie w górskich okolicach stały się bardzo pospolitemi.

Zamknięcia rachunkowe z obrotu funduszów szpitali prowincyjonalnych przedstawiają sumę wydatków rzeczywistych 208,594 złr. t. j. o 33,659 złr. mniéj od kwoty budżetowéj preliminowanéj i o 13,232 złr. mniéj od wydatków w roku 1882, pomimo zwiększonéj ilości chorych i dni leczenia, a o 96,478 złr. mniéj od wydatków w roku 1878, które wynosiły wtedy 305,072 złr. Dochody w roku 1883 przewyższały wydatki o 20,466 złr. Pielęgnowanie jednego chorego w roku 1883 kosztowało tylko 12 złr 95 ct. t. j. o 1 złr. 39 ct. mniéj jak w roku poprzednim, koszt dnia leczenia spadł z 60,7 ct. na 53,7 ct., a koszt żywienia z 22 na 20,7 ct. Przeciętna taksa za leczenie chorych w szpitalach prowincyjonalnych wypada na 51,7 ct., a zatém 2 ct. szpitale prowincyjonalne pokrywają z własnych dochodów. Rezultaty te pokazują, że szpitale prowincyjonalne nasze są najtaniéj administrowane niż w całéj Austryjackiéj Monarchii.

Ze spraw administracyjnych w tych szpitalach podnosimy następujące:

Z zamknięć rachunkowych z trzech lat ostatnich przekonawszy się, że taksa szpitalna w Drohobyczu nie pokrywa wydatków, byliśmy zmuszeni podnieść ją z 51 na 55 centów; przeciwnie zaś w szpitalu wadowickim zniżyliśmy z 55 na 52 ct.

Zezwoliliśmy m. Brodom rozpocząć budowę nowego szpitala na 50 łóżek z własnych funduszów szpitala, wynoszących około złr. 36,000 pod kierunkiem, dozorem i kontrolą brodzkiéj rady powiatowéj.

Pod względem gospodarstwa i administracyi w szpitalach prowincyjonalnych nastąpiły korzystne zmiany, tak, że szpitale, które poprzednio dużo pozostawiały do życzenia (jak samborski i nowosądecki), teraz nie ustępują innym zakładom.

Sprawami zakładów prowincyjonalnych wszędzie kierują wedle wydanych instrukcyj Komitety szpitalne, złożone z burmistrza, członka rady miejskiéj, lekarza i rządcy a czynność tych Komitetów okazała się użyteczną dla szpitali.

Budżety szpitali prowincyjonalnych na rok 1884 wykazują sumę rzeczywistych wydatków 232,810 złr., a po dodaniu pozycyi przenośnych, które wynoszą 10,807 złr. okaże się ogólny rozchód w kwocie 243,618 złr. Dochody obliczone na sumę 262,461 złr. każą się spodziewać nadwyżki w kwocie 18,843 złr.

Wobec pojawienia się cholery we Francyi wydaliśmy okól-

nik do zarządów wszystkich naszych szpitali powszechnych pouczający, jak należy postępować w razie zawleczenia téj zarazy do kraju.

Podhajce. W miesiącu sierpniu panował w powiecie podhajeckim w 6 miejscowościach krztusiec, w niektórych (w Białokiernicy) z przebiegiem bardzo złośliwym, na 34 chorych umarło 12; — w jednéj miejscowości z czerwonki na 22 chorych umarło do tygodnia 2. — Z chorób stadnych panował w sierpniu w wielu miejscowościach wąglik (postać bardzo ostra) i to głównie wąglik bydła rogat. i koni; — w jednéj miejscowości zaś (Sokołów) wąglik bydła i owiec. W samém mieście Podhajcach były w upłynionym tygodniu 3 przypadki błonicy z przebiegiem śmiertelnym. *Dr. Dzikowski.*

* **Cholera** szerzy się coraz bardziéj we Włoszech, więcéj w południowych, aniżeli w północnych: główném jéj gniazdem jest obecnie Neapol. Również dostała się i do Hiszpanii, a przedewszystkiém do miasta portowego Alicante. Jeżeli powolne przeniesienie się zarazy wzdłuż wybrzeży morza środziemnego i toskańskiego dało się jeszcze wytłumaczyć na podstawie teoryi Pettenkofera, to wybuchnięcie jéj w Alicancie z pominięciem Barcelony i Walencyi okazuje przeniesienie drogą morską, na które stan wody zaskórnéj przecież żadnego wpływu mieć nie mógł.

Ω. Towarzystwo ubezpieczeń na życie w Lipsku wydało statystyczne zestawienie śmiertelności epidemii cholery w naszém stuleciu. Cyfry te mogą bardzo wpłynąć na uspokojenie bojaźliwych i patrzących na zbliżającą się epidemiją dużemi oczami strachu. Według dat urzędowych umarło w czasie epidemii w królestwie Pruskiém na 10 tysięcy mieszkańców:

W r. 1831:	na cholerę	25	na inne choroby	317
w r. 1848:	„	16	„	306
w r. 1849:	„	28	„	261
w r. 1852:	„	24	„	290
w r. 1855:	„	18	„	288
w r. 1866:	„	64	„	273

Średnio więc umierało z cholery 17,5 na 10 tysięcy mieszkańców, — co wynosi zaledwo pół procent ludności, a piątą część ogólnéj rocznéj śmiertelności.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 24—30 sierpnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 25,2. Z ospy umarło 1 (0 z. t.); z płonicy 0 (1 z. t.); z błonicy 2 (0 z. t.); z duru brzusznego 2 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 3 przypadkach płonicy, 2 krztuśca, 1 duru osutkowego, 3 czerwonki. W tygodniu od 17—23 sierpnia umarło w Londynie z ospy 21, leczyło się w szpitalach 615, świeżo zapadło 58. W Genewie, Liwerpolu, Stokholmie umarło po 1, w Madrycie, Nowym Orleanie i Brukseli po 2, w Pradze, Paryżu, Rzymie i Lizbonie po 3, w Kalkucie 7, w Madrasie 12. Z duru osutkowego umarło w Granadzie i Palmie po 1. Z cholery umarło w Kalkucie od 7—13 czerwca 17.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 17—23 sierpnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 22,1; w Warszawie 39,7; w Poznaniu 33,9; w Wiedniu 21,3; w Pradze 28,6; w Berlinie 34 8; w Hamburgu 26,0; w Gdańsku 28 5; w Mnichowie 36,8; w Dreźnie 28,0; w Lipsku 28,4; w Genewie 27,3; w Brukseli 24,8; w Amsterdamie 27,3; w Hadze 32,8; w Paryżu 25,4; w Londynie 20,5; w Kopenhadze 26,1; w Stokholmie 17,2; w Chrystyjanii 23,9; w Petersburgu 27,0, w Odesie 53,8; w Rzymie 23,9; w Wenecyi 22,3; w Bukareszcie 26,0; w Madrycie 35,6; w Lizbonie 24,0; w Aleksandryi 44,1; w Nowym Jorku 34,4; w Filadelfii 25,5; w Madrasie 31,4. *J. B.*

Śmiertelność we Lwowie (liczącym 115.544 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). W tygodniu od 24—30 sierpnia umarło osób 58, co odpowiada na rok i 1,000 m. 26,1. W tym czasie umarły z ospy 2 osoby z błonicy 2, z duru brzusznego 2, z gorączki połogowéj 1.

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 11 września. Redaktor Przeglądu Lek. powrócił z wakacyj i objął swoje czynności. Wszelkie korespondencyje redakcyjne zechcą więc pp. koledzy odtąd adresować do niego.

* Otrzymaliśmy Kalendarz lekarski na r. 1885, ułożony przez Dra Stellę-Sawickiego, inspektora szpitali galicyjskich (Lwów, nakładem Gubrynowicza i Schmidta, 1885). W roczniku tym z kolei 3cim szan. wydawca, stósując się do objawionych życzeń, dodał spis, sposób działania i zastósowania oraz cenę różnych środków lekarskich. Rocznik niniejszy zatém posiada w wyższym jeszcze stopniu zalety, o których już wspomnieliśmy w roku przeszłym. Jeżeli nadto uwzględnimy, że w kalendarzu tym lekarz polski znajdzie wszystko, czegokolwiek w podobnych wydawnictwach szukać przywykł, że następnie dokładny spis lekarzy w Galicyi praktykujących dla każdego lekarza polskiego jest nader pożądanym, a wreszcie, że kalendarz ukazał się na czasie, bo równocześnie, jeżeli nie wcześniéj, aniżeli kalendarze niemieckie, — spodziewać się należy, że książeczka ta uczyni zbytecznemi dla kraju naszego wydawnictwa podobne niemieckie, naszych stósunków albo wcale nie uwzględniające lub mylne podające szczegóły. Polecając więc sumiennie szan. kolegom to wydawnictwo krajowe zwracamy ich uwagę nadto na okoliczność, że szanowny wydawca nie powoduje się bynajmniéj chęcią zysku, pragnąc jedynie przysłużyć się kolegom krajowym; wśród stósunków naszych wydawca musi być zadowolonym, jeżeli nakład się zwróci, a pracę własną chętnie niesie w ofierze; wreszcie wiadomo nam, że szan. autor zamierza na rok przyszły znaczne poczynić jeszcze ulepszenia w kalendarzu, jeżeli lekarze krajowi poprą go w uczciwych jego zabiegach.

— Oprócz odczytów podanych w Nrze 35 Przeglądu Lek., miał na Kongresie lekarskim w Kopenhadze Dr. Hering z Warszawy odczyt: „o leczeniu chorób jam nosowych za pomocą kwasu chromowego.“ Tenże został wybrany prezesem honorowym Sekcyi laryngologicznéj. *Dr. Ponikło.*

* W Giesshüblu odbyła się d. 24 sierpnia uroczyste odsłonięcie popiersia radcy dworu Dra barona Löschnera, w uczczeniu 50-letniego jubileuszu jego doktorskiego. W obecności sędziwego a zasłużonego jubilata i licznych deputacyj przemówił p. Mattoni i odczytano liczne telegramy, pomiędzy któremi pierwsze miejsce zajęły serdeczne życzenia obojga Cesarstwa i arcyksięcia następcy tronu.

Ω. Sekcyja wykonana na zwłokach prof. Cohnheima przez Dra Habera wykazała obustronną marskość nerek, nerkę prawą bardzo zmniejszoną, twardzielowe zwyrodnienie tętnic, przerost obu komórek sercowych bardzo wysokiego stopnia, brunatne stwardnienie obu płuc, puchlina piersiowa lewostronna, po prawéj stronie zapalenie opłucnéj, w nerce lewéj zawalinowy rozpad.

Ω Dr. E. Klein pisze w piśmie londyńskiém *Nature* o prątku przecinkowym Kocha co następuje: Czyż już istotnie dowiedzioną jest rzeczą, że prątki przecinkowe znajdują się tylko w wypróżnieniach cholerycznych? Zdaniem naszém nawet, gdyby się okazało, że on wyłącznie się u cholerycznych znajduje, to dopiero możnaby mu przypisać znaczenie patognomoniczne a nie patogenetyczne. Właśnie miałem sposobność widzieć owe prątki przecinkowe w preparatach drobnowidowych sporządzonych przez Kocha z wypróżnień ryżowych i z chowu gelatynowego. Przekonałem się więc istotnie o ich istnieniu. Posiadam jednak preparaty z wypróżnień cholerycznych na biegunkę mocną zwykłą, która w r. 1883 panowała w Cornwall. W preparatach tych widzieć można także oprócz kulistych i laseczkowatych bakteryj i prątki zupełnie odpowiadające prątkom przecinkowym Kocha. Ponieważ jednak nie hodowałem ich, nie mogę nic o nich bliżéj powiedzieć. „Przy téj sposobności zwrócić się muszę jeszcze do jednego punktu. Zdaniem Cohna, przez ogół botaników i patologów przyjętego, bakteryja laseczkowa zakrzywiona nie nazywa się *Bacillus* lecz *Vibrio*. Nie jest mi więc znana przyczyna, dla któréj Koch, trzymając się wszędzie nomenklatury Cohna, tutaj od niéj odstąpił, i nie mówi o *Vibrio rugula* (sp. Cohn) lecz *Bacillus rugula*“.

* Nie dawno temu umarła w Szwajcaryi Maryja Jeanneret, trucicielka, która, pomimo że jéj dowiedziono kilku morderstw, nie została ukaraną śmiercią, ponieważ zachodziły pewne wątpliwości co do stanu jéj umysłowego. W toksykologii sądowéj nazwisko jéj zachowało się, albowiem ona była pierwszą, która na większe rozmiary szafowała atropinem, który wyłudziła od lekarzy pod pozorem cierpienia ocznego, tak jak przed kilku laty pani Simmère w Döblingu, podając, że dziecko jéj cierpi

jadaczkę, również otrzymała tyle atropinu, że kilku ludzi mogła życia pozbawić.

Ruch kąpielowy. Do d. 28 sierpnia bawiło gości kąpielowych w Cieplicach czeskich osób 7370, w Szczawnicy do d. 31 sierpnia 2,880, w Rożnowie do d. 3 września 1403.

* **Wiedeń.** Na pamiątkę jubileuszu założenia przez cesarza Józefa II szpitala powszechnego ustawiono na drugim podworcu tego zakładu pomnik śpiżowy Cesarza.—Ze śmiercią prymaryjusza Dra Koliski istnienie dalsze kliniki dla chorób piersiowych, połączonéj z jego oddziałem, zostało zakwestyjonowane. Klinika ta pierwotnie urządzoną została dla prof. Skody, a obecnie może przeistoczoną zostanie w klinikę propaideutyczną. — Prymaryjusz Dr. Heim mianowany został lekarzem naczelnym akademii terezyjańskiéj.

* **Berlin.** Dr. Struck zrzekł się nareszcie przewodnictwa w ces. Urzędzie zdrowia. Tymczasowo zastępować go będzie Dr. Koch. — W Zakładzie fizyjologicznym zapisaną jest jako uczennica pani Bollowa, wdowa po prof. fizyjologii w Rzymie, znanym głównie z odkrycia szkarłatu siatkówkowego, Bollu, a córka klinicysty Traubego.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wrocław.** Prof. Ponfick mianowany został radzcą lekarskim i członkiem kolegijum lekarskiego prowincyi szląskiéj. — **Wiedeń.** Docent prywatny Dr. Reuss obejmuje kierownictwo kliniki okulistycznéj osieroconéj w skutek śmierci prof. Jägera, aż do czasu mianowania następcy. — Prof. med. sądowéj E. Hofmann otrzymał szlachectwo austryjackie. — **Berlin.** Docenci prywatni Drowie Litten i Wolff otrzymali tytuł profesorów. — **Praga czeska.** Prof. anatomii opisowéj w Bernie szwajcarskiém Dr. Krzysztof Aeby mianowany został zwyczajnym prof. anatomii opisowéj w Wydziale niemieckim. — **Lipsk.** Z początkiem półrocza zimowego urządzoną zostanie szkoła dla dentystów przy wydziale lekarskim, a kierownictwo jéj otrzyma prof. Hesse.

* **Mianowanie.** Koncepista sanitarny w Zadarze Dr. Gustaw Ivanic mianowany został referentem spraw lekarskich dla Dalmacyi.

* **Nekrologija.** W Bukareszcie umarł jenerał dywizyi Dr. Davila, lekarz naczelny wojsk rumuńskich.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 36: Nenckiego: Poszukiwania nad barwnikiem krwi. Szumana: Jak można sposoby opatrywania ran przeciwgnilne zastosować najlepiéj do zwykłéj praktyki lekarskiéj i do leczenia ubogich chorych. (dok.) — W *Medycynie* Nr. 36: Biegańskiego: O porażeniach arsenowych (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. HERING (w Warszawie): De l'emploi de l'acide chromique pour la cautérisation dans les maladies du nez, du pharynx et du larynx. (Osobne odbicie z „Extr. de la Revue mens. de Laryngologie"), Paris 1884, in 8vo str. 18.

H. RUPPERT: Dwa przypadki przemieszczenia trzew wrodzonego. (Odbicie „z Gazety Lek.) 1884, Warszawa in 8vo str. 19.

Tenże: Przypadek zwężenia dolnéj części przełyku. (Odbicie z „Gaz. Lek.") 1884, Warszawa str. 7.

Tenże: Przypadek odmy piersiowéj lewostronnéj. (Odbicie z „Gaz. Lek.") 1884, Warszawa in 8vo str. 9.

Prof. OLSZEWSKI (w Krakowie): Température et pression critique de l'azote. (Osobne odbicie z „Comptes rendus de l'Académie des Sciences), in 4to str. 4.

W zastępstwie redaktora: **Dr. A. Kwaśnicki.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków. 20 września 1884. № 38. Rok XXIII.

I. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

Przyczynki do nauki o wyłuszczeniu wola.

Podług wykładu mianego na Zjeździe poznańskim.

Skreślił Dr. H. Schramm,

asystent kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 37).

10. Kowalec Franciszek, lat 34 liczący, wyrobnik, przybył do kliniki 22 lutego b. r. z powodu wola zajmującego prawy płat gruczołu tarczykowego a dochodzącego wielkości główki dziecka. Oddech znacznie utrudniony, głos czysty. Więzadła głosowe prawidłowe. Operacyję wykonał prof. Mikulicz zwyczajnym sposobem z tą tylko różnicą, że cięcie musiało być nieco dłuższe i w dolnéj swéj części łukowato zagięte, przechodziło aż poza linię środkową szyi. Wyłuszczenie wola było względnie łatwe. Krwotok mały, nerw krtaniowy nieuszkodzony. Płat lewy, stanowiący niejako mały dodatek do gruczołu, został także wycięty. Zamknięcie rany i opatrunek jak zwyczajnie. Głos po operacyi czysty i donośny. Rana zgoiła się w 8 dniach zupełnie *per primam.* Już wieczorem po operacyi skarżył się chory na bóle ciągnące, szczególnie w dolnych odnogach. Nazajutrz wystąpiły silne kurcze, zwłaszcza w zginaczach stopy, tak że palce były szponowato zagięte. Kurcze występowały napadowo i były tak silne, że chory musiał wyskakiwać z łóżka. W kilka godzin późniéj zostały zajęte także odnogi górne a ręce przyjęły położenie cechujące tetaniją. Po zadaniu 4 gramów paraldehydy nastąpiła ulga, noc przeszła spokojnie. Na trzeci dzień powróciły kurcze jeszcze gwałtowniéj i zajęły także mięśnie tułowia. Oddech stał się mozolny, twarz dość mocno posiniała. Napady utrzymywały się w tym stopniu nasilenia tylko krótko, dały się jednak dowolnie często wywołać przez ucisk na wszystkie pnie nerwowe i tętnicze, jakoteż przez bardzo słaby prąd przerywany, inne bodźce jak szczypanie, kłucie, podnoszenie odnóg do góry pozostawały bez skutku. Ciepłota była podniesiona i w szczycie napadów dosięgała 39·5°, tętno wahało się między 80 a 120 uderzeń na minutę. Nerw twarzowy pozostał u tego chorego niezajęty. Opukiwanie tego nerwu nawet podczas najsilniejszych skurczów w mięśniach tułowia i odnóg nie wywoływało żadnych drgawek w mięśniach twarzowych.

Po 4ch gramach chloralu nastąpiła znaczna ulga, następnego dnia napady były już znacznie słabsze a po tygodniu nie występowały już samowolnie, lecz można je było jeszcze wywołać przez ucisk na pnie nerwowe.

Po 12 dniach chory, na usilne żądanie, opuścił klinikę; dalszy los jego nie jest mi wiadomy.

11. Tylkówna Julijanna, lat 15 licząca, dziewczyna wiejska, przybyła do kliniki 9 maja, skarżąc się na duszność wywołaną przez guz, który przed 2 laty zaczął się rozwijać na szyi. Badanie wykazuje wól wielkości pięści, zajmujący prawy i średni płat gruczołu tarczykowego, złożony z kilku guzów dosyć miękkich. Oddech przy cokolwiek silniejszych ruchach chrypliwy, głos czysty, więzadła głosowe prawidłowe, narządy wewnętrzne zupełnie zdrowe.

Dnia 14 maja wyłuszczył prof. Mikulicz zwyrodniałą część gruczołu. Cięcie skórne przebiegało wzdłuż brzegu mięśnia sutkowego prawego. Wyłuszczenie wola było dosyć łatwe. Krwotok mierny. Nerw krtaniowy odsłonięto i usunięto w bok. Tchawica spłaszczona, elastyczna. Połączenie z lewym płatem gruczołu ugnieciono mocno kleszczami Péana, a po założeniu podwiązki w powstałéj bruździe odcięto mostek łączący oba płaty. Po zespojeniu i drenowaniu rany założono opatrunek. Po operacyi głos zupełnie czysty. Dolegliwości przy połykaniu utrzymywały się przez 2 dni, poczém ustąpiły zupełnie. Przebieg bezgorączkowy. Rana zgoiła się pod 3ma opatrunkami zupełnie *per primam* a chora opuściła klinikę w 2 tygodnie po operacyi.

12. Orzechowska Karolina, lat 24 licząca, dziewczyna

wiejska, przybyła do kliniki 10 maja również z powodu duszności w skutek wola, który zajmował przeważnie płat średni i szerzył się nieco na prawą połowę gruczołu. Głos nieco chrypliwy, więzadła głosowe prawidłowe. Dnia 15 maja wyłuszczyłem w obecności prof. Mikulicza zwyrodniałe części gruczołu. Ponieważ wól zajmował głównie płat średni, przeto poprowadziłem cięcie w linii środkowéj szyi, zresztą operacyję wykonałem zupełnie jak w przypadkach poprzednich. Nerw krtaniowy prawy odsłonięto i usunięto na bok; połączenie płatu średniego z lewym podwiązano katgutem i przecięto. Tchawica nieco z boku na 8cm spłaszczona, lecz elastyczna. Wyczyszczenie rany, drenowanie, zespojenie i opatrunek, jak zwyczajnie. Po operacyi głos zupełnie czysty, połykanie przez dwa dni nieco utrudnione, potém zupełnie swobodne.

Rana zgoiła się pod dwoma opatrunkami *per primam* a w dwa tygodnie po operacyi chora opuściła klinikę. Badanie wziernikiem wykazało więzadła głosowe zupełnie prawidłowe.

13. Kazimierz Mucha, lat 16 liczący, wieśniak, przybył do kliniki dnia 13 maja z powodu chrypki i znacznéj duszności w skutek guza na szyi, który rozwinął się w ciągu ostatniego roku. Badanie wykazuje u chłopca na wiek swój nędznie rozwiniętego guz na szyi wielkości pięści obejmujący z obu stron tchawicę, która jest mocno spłaszczona tak, że przednia, wąska jéj ściana da się wymacać przez skórę jako dość ostra krawędź. Guz zbitości elastycznéj zajmuje prawie symetrycznie obie połowy szyi, tylko nieco więcéj sterczy po stronie lewéj, gdzie gubi się pod mostkiem. Rozpoznanie wahało się między wolem miąższowym a wolem złośliwym. Operacyję wykonał prof. Mikulicz d. 19 maja. Cięcie skórne przebiegało wzdłuż lewego mięśnia mostko sutkowego, poczém wyłuszczono płat lewy gruczołu, przyczém nerw krtaniowy dokładnie odsłonięty nie został uszkodzony. Następnie przystąpiono do wyłuszczenia guza po stronie prawéj. Ponieważ jednak był on z otaczającemi tkankami zrośnięty a przeto wyłuszczenie go przedstawiało znaczne trudności, musiano poprowadzić jeszcze jedno cięcie prostopadłe do poprzedniego. Z prawéj połowy gruczołu wyłuszczono tylko powiększony płat górny, następnie podwiązano pozostałą część gruczołu i przed podwiązką odcięto część wyłuszczoną, a to głównie dla tego, aby uniknąć całkowitego wyłuszczenia gruczołu, po którém według poprzednich przypadków zdarzają się często choroby następowe. Tchawica była bardzo mocno zwężona, dla tego też duszność podczas operacyi dochodziła czasem do bardzo znacznego stopnia i lada chwila groziła potrzeba otwarcia tchawicy, którego uniknięto tylko przez odciąganie odłuszczonéj już części wola na zewnątrz. Po skończonéj operacyi oddech stał się zupełnie swobodny. Ranę wypłukano starannie 3% karbolem, drenowano i zespojono, poczém założono zwykły opatrunek. Głos po operacyi nieco chrypliwy. Połykanie utrudnione. Przebieg zupełnie prawidłowy. Rana zgoiła się *per primam* z wyjątkiem kąta, w którém schodziły się oba cięcia, gdzie maleńki kawałek skóry uległ zgorzeli. Kawałek ten wielkości soczewicy oddzielił się w ciągu kilku dni, tak że chory opuścił klinikę dnia 29 maja, zatém w 113 dni po operacyi z raną zagojoną. Oddechanie było zupełnie swobodne. Głos słaby lecz czysty, badanie wziernikiem wykazuje zupełną ruchomość więzadeł głosowych. Z początkiem lipca, zatém blisko w 6 tygodni po operacyi, przedstawił się chory powtórnie. Głos jego czysty, lecz nieco słabszy niż przed operacyją. Oddech zupełnie swobodny. Zwężenia tchawicy dotykiem ani wziernikiem wykazać nie można, zresztą stan chorego zupełnie pomyślny.

14. Wojciech Apostoł, lat 15 liczący, wieśniak, przybył do kliniki dnia 27 maja z powodu duszności w skutek wola, który w ciągu trzech lat doszedł wielkości pięści i zajmował płat prawy i średni gruczołu tarczykowego. Duszność zwłaszcza przy silniejszych ruchach znaczna. Więzadła głosowe prawidłowe. Tchawica nieco na lewo wyparta i mocno z boku na bok spłaszczona, tak że przednią ostrą jéj krawędź można wymacać przez skórę. Gdy jod podany wewnętrznie i zewnętrznie nie odniósł skutku, wyłuszczył prof. Mikulicz prawy i średni płat gruczołu. Cięcie skórne było kątowate, szło od prawego kąta szczęki dolnéj skośnéj ku chrząstce tarczykowéj a ztąd prostopadle ku dołowi. Cięcie to okazało się bardzo wygodném, wyłuszczenie wola odbyło się łatwo. Krwotok nieznaczny. Nerw krtaniowy otoczony trzema gałązkami tętnicy tarczykowéj dolnéj uwolniono i usunięto na bok. Połączenie płatu średniego z lewym podwiązano i przecięto.

Przebieg po operacyi zupełnie prawidłowy. Rana zgoiła się *per primam* a w 6 dni po operacyi opuścił chory klinikę. Głos czysty lubo jeszcze nieco słaby. Oddechanie swobodne. Więzadła głosowe prawidłowe.

Śmiertelność po wyłuszczeniu wola zmniejszyła się w ostatnich latach w obec udoskonalonéj techniki operacyjnéj i leczenia przeciwgnilnego. Z pomiędzy operowanych między rokiem 1851 a 1876 umarło bowiem według statystyki Liebrechta (l. c.) 70·3%, z operowanych zaś w ostatniém pięcioleciu tylko 14·81%, a według ostatnich ogłoszeń odsetek śmiertelności po téj operacyi zmniejszył się jeszcze znaczniéj, gdyż np. według sprawozdania Kochera (*Verhandl. der deutschen Gesellschaft für Chir.* XII Congress) wynosi on 11%, dla wyłuszczenia zaś wola z wykluczeniem nowotworów złośliwych tylko 5·1%. Z pomiędzy 68 operowanych w klinice Billrotha (tamże), umarło 7·3%. Réverdin (*Revue méd. de la Suisse* 1883, Nr. 4—6) na 22 operowanych stracił tylko dwóch, Küster (*Verhandl. der 56 Versamml. der Aerzte und Naturforscher in Freiburg*) z pomiędzy 30 chorych z częściowém wyłuszczeniem wola, a według wyżéj przytoczonych historyj chorób z 14 operowanych przez prof. Mikulicza (z tych 6 całkowitych a 8 częściowych wyłuszczeń) nie umarł żaden.

Pomyślne te wyniki były powodem, że i wskazania do operacyi zaczęto częściéj, niż poprzednio upatrywać, a Rose, może najgorliwszy zwolennik téj operacyi, poleca ją wykonywać w każdym przypadku wola, choćby wól nie sprawiał choremu na razie żadnych prawie dolegliwości, opierając się głównie na tém, że wól raz rozwinięty wpływa niekorzystnie na cały organizm głównie przez ucisk na tchawicę, a nadto grozi choremu ciągle nagłą utratą życia przez uduszenie.

Nie wszyscy jednak chirurdzy zgadzają się na zdanie Rosego a głównym punktem oporu są przypadki, w których chorzy życzą sobie operacyi jedynie ze względów kosmetycznych. Liebrecht i kilku innych uważają w takich przypadkach wyłuszczenie wola za dozwolone. Natomiast Billroth jest zdania, że operacyja ta w celu upiększenia jest niepotrzebna, podobnie Réverdin, Maas, Kocher i inni wykonywają ją tylko w razach, jeżeli wól jest przyczyną znacznych dolegliwości, Küster zaś zgadza się na opera-

cyję ze względów kosmetycznych tylko tam, gdzie chodzi o wyłuszczenie pojedynczych guzów a nie całego gruczołu.

U wszystkich chorych operowanych w klinice prof. Mikulicza wól sprawiał znaczne dolegliwości, zwłaszcza duszność występowała przy każdym silniejszym ruchu. U wszystkich zmieniony dźwięk głosu i oddech chrapliwy, występujący wyraźnie, zwłaszcza przy mocniejszém przegięciu głowy ku przodowi, wskazywał na zwężenie tchawicy, które u pięciu chorych stwierdzono przed operacyją za pomocą wziernika krtaniowego a u dwóch ostatnich można było przez skórę wymacać tchawicę mocno szablowato zwężoną. Tylko u jednéj choréj (przypadek 2), u któréj znajdował się znaczny torbiel w płacie prawym, wykonał prof. Mikulicz operacyję ze względów tylko kosmetycznych, lecz chodziło tu tylko o wyłuszczenie połowy gruczołu a nadto inne poprzednio próbowane sposoby wyleczenia, mianowicie wypuszczenie płynu i wstrzyknięcie nastoju jodowego do torbiela, pozostały bez skutku.

Również nie było zupełnéj zgody między chirurgami, czy lepiéj jest wyłuszczyć cały gruczoł, czy téż tylko zwyrodniałe jego części. Wölfler (l. c.) jest zwolennikiem całkowitego wyłuszczenia, gdyż według niego zabieg operacyjny jest prawie ten sam, czy wydalamy część lub cały gruczoł tarczykowy, a pozostawiony kawałek grozi choremu recydywą.

Liebrecht (l. c.) uważa również całkowite wyłuszczenie za lepsze opierając się na statystyce, według któréj śmiertelność po całkowitém wyłuszczeniu wynosi 16·8%, a po częściowém 15—18%. Inni natomiast operatorzy jak Kocher, Réverdin, Küster, przemawiają stanowczo za częściowém wyłuszczeniem zwłaszcza dla tego, że choroby następowe występują prawie wyłącznie po wyłuszczeniu całego gruczołu. Pozostawiona zaś część tegoż rzadko prowadzi do recydywy wola a nawet w razie rozrostu nie sprawia choremu żadnych dolegliwości. W razach, w których wyłuszczenie całkowite było konieczne, Küster wykonał je nie na raz, lecz co najmniéj w 2 posiedzeniach; podobnie postąpił Bruns w 2 przypadkach całkowitego wyłuszczenia.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Skreślił Prof. Dr. Blumenstok.

XIII.

Pęknięcie czaszki. Smierć z zadławienia czy utopienia.

W nocy z 28 na 29 października 18-letni Wasyl A. pojechał z końmi w pole na paszę nocną. Ponieważ na drugi dzień zrana nie powrócił do domu, jak był powinien, brat starszy poszedł za nim w pole, gdzie znalazł konie a opodal od nich kożuch z gunią oraz batogi i uzdy krwią zbroczone; w pobliżu tego miejsca na ziemi udeptanéj śladem bosym krew była rozlaną. D. 30 października wydobyto zwłoki Wasyla, rzeki o 200 sążni odległéj od miejscowości, w któréj konie i suknie znaleziono.

Sekcyja sądowa tegoż dnia uskuteczniona przez znawców Dra A. i chirurga B. wykazała co następuje:

Oględziny zewnętrzne: 1) Zwłoki młodzieńca około 20 lat liczącego, wzrostu średniego, dobréj budowy ciała miernego odżywienia, stężenie pośmiertne wybitne we wszystkich stawach, skóra blada, wilgotna, na tylnych częściach ciała jasno-różowe plamy pośmiertne. 2) Na palcach rąk i na dłoniach skóra pomarszczona, wymokła, kredowo biała, takież same znaki są na stopach, na palcach u nóg, a zwłaszcza na podeszwach. 3) Nos, obie wargi oraz części przyległe do skrzydeł nosowych, ciemno-sino zabarwione; wargi obie lekko obrzękłe. Na dolnéj wardze na wolnym téjże brzegu znajduje się wynaczynienie krwi ciągnące się wzdłuż wolnego brzegu téjże wargi, skóra nosa nacięta w miejscu najciemniejszego zasinienia przedstawia liczne drobne wynaczynienia. 4) Na 1cm. poniżéj lewego kąta ust zdrapanie przyskórka wielkości dużego grochu, w miejscu zdrapania brodawki skórne ciemno-czerwono zabarwione, miejsce to nacięte okazuje w skórze drobne wynaczynionki. 5) W okolicy kości licowéj prawéj znajduje się zdrapanie przyskórka wielkości półcentówki, kształtu owalnego, miejsce to jest sino zabarwione a nacięte okazuje kilka drobnych wynaczynionek w skórze. 6) Na przedniéj powierzchni małżowiny usznéj, również na dolnéj téjże części znajduje się ranka podłużna 1cm. długa o brzegach równych, dno rany sięga aż do chrząstki, która w miejscu rany nieuszkodzona. 7) Na tylnéj powierzchni téjże małżowiny usznéj znajduje się rana prostopadle biegnąca; długość rany wynosi 4cm., brzegi jéj są gładkie a mianowicie: brzeg tylny stanowi linię prostą, podczas gdy brzeg przedni tworzy linię złamaną, któréj dolna połowa $1\frac{1}{2}$cm. a górna $2\frac{1}{2}$cm. wynosi, oprócz tego widać w środkowéj części brzegu tylnego dwa małe naddarcia skóry, biegnące równolegle z brzegiem rany.

Oględziny wewnętrzne. 8) Po zdjęciu skóry czaszki okazuje się cała okolica skroniowa prawa, część potylicy krwią podbiegnięte, również pod czepcem ścięgnistym w okolicy skroniowéj znajduje się rozległe wynaczynienie. 9) Badając części znajdujące się w okolicy rany poza uchem opisanéj w oględzinach zewnętrznych znajdujemy przecięcie chrząstki usznéj w tém miejscu, gdzie taż chrząstka przechodzi w część chrząstkową przewodu zewnętrznego usznego, przecięcie to ma brzegi gładkie. 10) Po zdjęciu części miękkich okazuje się pęknięcie kości skroniowéj, która w zewnętrznéj blaszce biegnie od górnego brzegu przewodu zewnętrznego usznego ku górze, a w części łukowéj zagina się łukowato ku przodowi i gubi się w kości czołowéj, w wewnętrznéj zaś blaszce biegnie poprzecznie przez część skalistą, następnie ku górze przez część łuskową i gubi się w kości ciemieniowéj prawéj w środkowéj téjże części. Kości czaszki zbite cienkie. 11) Opona twarda, przepełniona ciemną krwią, naczynia opony miękkiéj również silnie krwią przepełnione, mózg konsystencyi prawidłowéj, istota korowa dokładnie od rdzeniowéj odgraniczona, istota rdzeniowa barwy różowéj, zawiera na przekroju liczne punkta krwawe. 12) Móżdżek okazuje także na przekroju liczne punkta krwawe, a w prawym płacie kilka wybroczyn od wielkości grochu do wielkości fasoli. Na podstawie czaszki okazuje się znaczna ilość krwi ciemnéj. 13) Po otwarciu klatki piersiowéj przedstawiają się płuca wypełniające klatkę piersiową, oba płuca nie są przyczepione do opłucnéj żebrowéj i dają się z łatwością wyjąć, pod opłucną znajdują się gdzieniegdzie wybroczyny od wielkości maku do wielkości soczewicy. Oba płuca są duże, ciemno zabarwione, zwłaszcza w tylnych częściach a na przekroju wydzielają znaczną ilość cieczy pienistéj. 14) Błona śluzowa tchawicy i krtani ciemno-czerwono zabarwioną, tchawica i grubsze oskrzela wypełnione cieczą różową pienistą. 15)

W worku osierdziowym znajduje się kilka gramów cieczy żółtawéj przeźroczystéj; mięsień sercowy wiotki. Komorka prawa próżna, w komórce lewéj znajduje się nieco krwi płynnéj ciemnéj. 16) Wątroba duża, torebka gładka, miąższ wątroby na przekroju ciemno brunatny, z miejsca przekroju wypływa krew obficie. 17) Śledziona prawidłowéj wielkości, torebka pomarszczona, miąższ jasno-wiśniowy. 18) Żołądek wypełniony miazgą pokarmową znacznej ilości, która ma konsystencyję zbitszéj papki, płynu w żołądku wcale niema. 19) Torebka nerek gładka, z łatwością daje się zdjąć z powierzchni nerki, miąższ nerek ciemny, istota korowa od rdzeniowéj dokładnie odgraniczona. W innych organach nie znaleziono żadnych zmian.

Na podstawie tego wyniku sekcyi pierwszy znawca Dr. A. wydał następujące orzeczenie:

Przyczyną śmierci denata było pęknięcie czaszki i następny wylew krwi do jamy czaszkowéj, oraz wybroczyny w móżdżku (l. 10, 12). Pęknięcie czaszki powstało skutkiem urazu zewnętrznego, a mianowicie skutkiem uderzenia w okolicę skroniową narzędziem twardém, krawędzistém, zadanego z wielką siłą, a uderzenie to wywołało ranę opisaną pod (l. 7) przecięcie chrząstki ustnéj (l. 9), oraz pęknięcie kości czaszkowych. Że uderzenie wykonane było z wielką siłą, przemawia za tém wygląd rany opisanéj pod l. 7, która ma cechy rany ciętéj, oraz brzegi gładkie przeciętéj chrząstki (l. 9). Że zaś rana ta nie została zadaną narzędziem ostrém, lecz narzędziem tępém, krawędzistém, przemawiają za tém dwa naddarcia skóry obok brzegu rany (l. 7).

Wasyl A. dostał się do wody jeszcze za życia, za czém przemawiają zmiany znalezione w narządzie oddechania, a mianowicie obecność płynu w tchawicy, oskrzelach i płucach (l. 13, 14). Po otrzymaniu urazu w głowę Wasyl A. zaraz stracił przytomność, nie mógł więc sam dostać się do wody, lecz został przez sprawcę wrzuconym. Wreszcie dodać należy, że uszkodzenie czaszki ze swojemi następstwami byłoby w krótkim czasie samo przez się śmierć sprowadziło, wrzucenie więc do wody przyspieszyło tylko śmierć denata, a wykonaném zostało przez sprawcę prawdopodobnie celem upozorowania przyczyny śmierci.

Rana na przedniéj powierzchni małżowiny usznéj spisana pod (l. 6) powstała prawdopodobnie skutkiem pęknięcia skóry podczas urazu głowy, za tém przemawia równoległy kierunek téj rany z raną opisaną pod l. 7. Zmiany opisane pod l. 3, 4, 5 powstały za życia prawdopodobnie przy wleczeniu denata albo przy wrzuceniu do wody.

Drugi znawca p. chirurg B. oświadcza, że się zgadza w zupełności z oględzinami zewnętrznemi i wewnętrznemi, nie może się tylko całkiem zgodzić z orzeczeniem pierwszego znawcy i dla tego zastrzega sobie osobne orzeczenie, które wniósł w osnowie następującéj:

Co do przyczyny śmierci denata zgadzam się zupełnie z powyższém zdaniem, iż było nią pęknięcie czaszki i następowy wylew krwi do jamy czaszkowéj oraz wybroczyny w móżdżku znalezione l. 10—12.

Pęknięcie czaszki powstało skutkiem silnego uderzenia w okolicę skroniową narzędziem tępém, twardém. Zgodzić się atoli nie mogę, iż to uderzenie równocześnie rany na przedniéj stronie małżowiny *ad* 6 na tylnéj stronie téjże *ad* 7 i przecięcie chrząstki *ad* 9 opisane wywołało, rany te mają nader ostre gładkie brzegi, zatém cechę ran ciętych i były prawdopodobnie ostrém narzędziem zadane, tém bardziéj, że rany te nie z jednéj strony małżowiny, tylko po obydwóch stronach téjże się znajdują. Rany *ad* 7 i 9 były jedném cięciem zadane.

Nie mogę się także zgodzić na twierdzenie, aby Wasyl A. za życia do wody się dostał, zmiany bowiem znalezione w narządzie oddechowym a mianowicie obecność cieczy różowo pienistéj w tchawicy l. 14 i zmiany w płucach znalezione l. 13 nie są wcale charakterystyczne dla śmierci z utopienia, lecz występują ogółem przy śmierci z uduszenia, a zwłaszcza jeżeli śmierć nie w jednéj chwili, tylko pomału następuje, jak przy duszeniu.

Podpisany tłumaczy objawy te w następujący sposób: Wasyl A. stracił zaraz po otrzymaniu urazu w głowę przytomność i wydał prawdopodobnie jęk lub coś podobnego, sprawca słysząc to przycisnął mu usta i nos ręką, za czém zmiany opisane *ad* 3, 4 i 5 przemawiają, a to *ad* 3 od dłoni, *ad* 4 i 5 od palców i tym sposobem uduszenie a zatém zmiany powyższe powstały. Zmiany *ad* 3, 4 i 5 opisane powstały za życia i najprawdopodobniéj w powyższy sposób ręką, a nie przez wleczenie, gdyż przy wleczeniu twarzą ku ziemi musiałyby o wiele więcéj zdarć przyskórka na twarzy wleczącéj się powstać, daléj zbroczenia tejże ziemią, piaskiem, szczególnie otworów nosowych i jamy nosowéj, jamy ustnéj, czego nie było. Brak płynu, piasku i wody w ustach przemawiają także za tém, że denat w wodzie już nie dychał. Wasyl A. był przez sprawcę do wody wrzucony celem upozorowania śmierci lub też zupełnego ukrycia téjże. Śmierć byłaby w skutek uszkodzenia czaszki z następstwami wkrótce nastąpiła a uduszenie mogło tylko takową przyspieszyć.

Posądzony o zbrodnię morderstwa na Wasylu A. Jędrzej B. pociągnięty do odpowiedzialności wypiera się wszelkiéj wiedzy; mimo to jest on o popełnienie téj zbrodni silnie podejrzany, albowiem owéj nocy pasł on konie swoje nie daleko od miejsca, gdzie pasł swoje konie Wasyl A., następnie znaleziono na posądzonym ubranie skrwawione, wreszcie zdradzał się postępowaniem swojém i okazywał niepokój, nieśmiałość, nie jadał, a rodzinie swéj opowiadał, że owéj nocy fatalnéj miał jakieś widzenie, z którego wróżył dla siebie nieszczęście. W parę dni późniéj odebrano od jego teścia kijankę (buławkę), na któréj widoczna była plama krwawa, a posądzony przyznał, że przedmiot ten miał przy sobie owéj nocy, używając go do przybijania przypony na konie, nie może zaś wytłumaczyć, zkądby na buławie wzięła się plama krwawa. (Dok. nast.)

III. Kazuistyka lekarska w Turcyi.

Zebrał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 36).

Pielęgnowanie brody u mieszkańców Wschodu, stanowiąc tradycyjny zwyczaj sankcyjonowany do tego i wersetem Koranu, pozostaje w otwartém przeciwieństwie z jéj higijeną. Pospolicie bowiem widzimy, że muzułmanie dbając o bujny zarost brody, nie zaniedbują uciekać się do zastósowywania środków, których celem ma być powiększenie czynności torebek włosowych, lub nadanie zarostowi pożądanego koloru. W środkach niezwykło się przebierać. Każda rada, podana zwykle przez ziomka, balwierza lub doświadczoną matronę, ściśle wykonywa się, dopóki przemysł zachodni nie zarzucił Wschodu swemi przetworami, uważane-

mi za nieomylne! Wielu więc z zamożniejszych, u których próżność zapanowała nad rozsądkiem, wzięło się do wypróbowania afiszowanych kosmetyków. Brody ich zaczęły czernieć, lecz też z tą zmianą koloru wystąpiły i szybko rozpowszechniły się cierpienia skórne. Jedni tylko Persowie pozostali wierni staremu zwyczajowi farbowania zarostu używaną tu powszechnie „H e n n e,“ czyli proszku z L a u s o n i a s o r b i l i s, stósownie do mającego się otrzymać skutku, mięszanego z mniejszą lub większą ilością kory dębowéj lub gaszonego wapna. Podczas gdy zwolennicy kosmetyków Zachodu zapoznawali się z trądzikiem brodowym, inni, a w téj liczbie i Persowie, w ogóle bardzo niedbali, przedstawiali ciekawe przykłady uporczywego wyprysku i trądzika stwardniałego, powstających tylko w następstwie nieostróżnego zastósowania środka barwiącego. Nie wszyscy jednak mieszkańcy tureckiego Wschodu lubują się w téj tak zwanéj ozdobie twarzy. Ormianie np. rzadko noszą brody; częściéj spotykamy je u Greków, nigdy zaś u Lazów i Kurdów, częściéj znowu pośród Arabów-beduinów, a niekiedy i u mieszkańców Syryi. Ztąd więc i przyczyny sprzyjające powstawaniu trądzika bywają tu albo mechaniczne jak u Muzułmanów, lub też wewnętrzne, mające swą przyczynę w warunkach budowy ustrojowéj, zwykle wtedy wątłéj i limfatycznéj. W celu też stósownego leczenia należy przedewszystkiém uwzględnić spotykane tu odmiany trądzika. Zwykła odmiana (*Acne simplex*) jest wyłącznie prawie właściwą kobietom. Występuje u osób z nieprawidłowemi czyszczeniami miesięcznemi, nadużywających potraw zaprawionych silnie bakalijami, u niedbałych lub uciekających się do stósowania pewnych kosmetyków. Wpływ dziedziczny także daje się tu wykazać. Odmiana trądzika nazywana brodową, w któréj torebki włosowe są dotknięte cierpieniem, występuje znowu prawie wyłącznie u osób młodych, dorosłych, niedbałych, temperamentu krwistego, lub też u robotników zajętych przygotowaniem pewnych gatunków słodyczy miejscowych. Trądzik brodowy często występuje i u zamożnych, nadużywających napoi wyskokowych, owéj tak tu rozpowszechnionéj mastyki, lub też u osób dziedzicznie usposobionych. Jakkolwiek zaprzeczono zaraźliwości téj odmiany w następstwie golenia się brzytwą nie zawsze czystą, to jednak należy przyznać, że przykłady spotykane w Turcyi przemawiają bardzo za tym rodzajem udzielania się cierpienia. Częsty tu zwyczaj golenia się nie tylko już w patentowanych balwierniach (zawsze pod względem czystości wiele pozostawiających do życzenia), ale i w łaźniach, pierwszą lepszą brzytwą; daléj szybkie występowanie chorobowych pojawów, wreszcie nadzwyczajna ich częstość u nienoszących brody, przy uwzględnieniu usposobienia ustrojowego, zdają się być dowodem dość przekonywającym udzielania się choroby tą drogą, mianowicie gdy się zapewniono, że trądzik brodowy zawdzięcza swe powstanie obecności grzybka z rodzaju *trichophyton*. Wreszcie odmiana stwardniała, spotykana prawie zawsze w stanie długotrwałym, występuje tu najczęściéj u osób w wieku od 20—25 lat i cechuje się większą ilością krost nieregularnych, niebolesnych, koloru sinawego, mających za podstawę skórę stwardniałą we wszystkich jéj warstwach i po wyleczeniu pozostawiających plamkę dość długo trwającą, lub gruzełek z trudnością tylko ulegający rozdzieleniu się.

Uwzględniając więc usposobienie ustrojowe, naturę drugiéj odmiany wykazaną drobnowidem, oraz przyczyny mechaniczne, rodzaj mającego się stósować leczenia tém samém będzie już wskazany. Jeżeli taki chory uda się do lekarza, zadanie tego ostatniego, jakkolwiek nie łatwe, bo oparte na przekonaniu o bezwładności sztuki przeciwko temu cierpieniu, zawsze przecież da jakiś rezultat, jeżeli nie wyleczy, to przynajmniéj złagodzi siłę pojawów chorobowych. Gdy zaś do leczenia trądzika zostaną użyte środki zachwalane lub nawet administrowane ręką miejscowych znawców; gdy jak u Persów, wypada przedewszystkiém walczyć z przesądem, nakazującym farbować brodę bez względu na szkodliwe następstwa, wynikające z podobnego postępowania, wtedy bywa praktyczniejszém rozstać się z chorym, aniżeli usiłować racyjonalném leczeniem poprawiać błędy, wywołane przez użycie miejscowych kosmetyków. W rzędzie zaś środków swojskich, używanych do leczenia trądzika zwykłego, figuruje głównie napar z owocu suszonéj pigwy, mleko i napar z liści figowych, używane do obmywania części chorobowo zajętych. Innych leków nie używa się w téj odmianie. Stan ogólny zdrowia zupełnie pomijają, jedynie zalecają niekiedy letnie kąpiele, uzupełniające szereg środków rozmiękczających. Leczenie odmiany brodowéj jest bardziéj zawiłém. Sposób zwany indyjskim często stósują wyłączni znawcy, najczęściéj tureccy aptekarze lub nawet balwierze. Cały zaś sposób postępowania zależy na przebiciu krosty iglicą z drzewa „Boab“ (*Adansonia digitata*) bardzo twardą i zdolną zastąpić nawet igłę metaliczną. Po przebiciu zawartość krosty wyciskają. Do utworzonéj jamki wprowadza się kilka kropli bardzo silnego octu, wymywa się wodą zawierającą nieco ałunu i wreszcie przysypuje się proszkiem z szypułek właśnie wspomnianéj rośliny. Taką operacyję powtarza się co drugi dzień; i po upływie dni 20tu cierpienie ma zupełnie ustąpić. Jakkolwiek byłem świadkiem tego postępowania, jednak niepodobna mi było zapewnić się o jego rezultatach, jedynie z braku możności dalszego obserwowania osób, poddających się próbom indyjskiéj zręczności. Udało mi się tylko zdobyć kilka iglic z Boababu, które jako ciekawy okaz prześlę kiedyś do Krakowa. Dobrze tu znane i bardzo nadużywane przetwory rtęci i w trądziku brodowym częste znajdują zastósowanie. Maście z chlorkiem i jodkiem rtęci, w stosunku nieokreślonym, pomimo powszechnego użycia zwykły polepszać nieco stan chorobowy, jeżeli ilość przetworu rtęci nie bywała zbyt znaczną. Że zaś najczęściéj dzieje się przeciwnie, więc rezultatem podobnego leczenia się bywają najczęściéj powikłania chorobowe a głównie wyprysk. Wreszcie upust krwi i pijawki oraz wyrywanie włosów, uzupełniają dwa powyżéj zacytowane sposoby postępowania. Co zaś do leczenia odmiany trądzika stwardniałego, najczęściéj tu spotykanego u farbujących brody, a zatém u Persów, to ci ostatni, zręczniejsi od innych w wyszukiwaniu środków leczniczych, pomimo wielkiego wstrętu do wyskoku, używają go jednak do obmywań części chorobowo zajętych. Mieszając wyskok z naparem szałwii, lub dodając do rozczynu dwuchlorku rtęci, mają środek w istocie mogący działać korzystnie, gdyby tylko jego zastósowanie odbywało się w sposób bardziéj prawidłowy. Kiedy Pers zaledwie zwilży okolicę dotkniętą trądzikiem, natychmiast zlewa ją prądem zimnéj wody, która zamiast sprzyjania, tamuje działanie zastósowanego leku. Odważniejsi z nich, choć przekonani o uporczywości cierpienia, zastósowują pryszczydła (*vesicatoria*), inni używają dziegieć, a są i tacy, którzy się ośmielają uciec się do przyżegania wyrzutu rozpaloną igłą. Następstwa podobnych przyżegań nie zawsze bywają korzystne; owrzodzenia bowiem i niekształtne blizny, powię-

kszają i tak już przykry stan choroby. Jako fakt dość ciekawy i wybornie charakteryzujący skłonność do leczenia się naszych zamożniejszych chorych, jest użycie wód mineralnych siarczanych. Dotychczasowe bowiem przekonanie, że trądzik jest cierpieniem powierzchownóm, że na jego powstanie nie wpływa żadna z przyczyn ustrojowych, zostało nareszcie zwalczonóm, przynajmniéj w kołach wykształceńszych, tak że dotąd rutynowe leczenie trądzika, ulegając pewnéj zmianie, zostało zaznaczonóm w historyi tutejszéj terapii wystąpieniem na scenę mało tu znanych oryginalnych flaszek i butelek, pochodzących z takich zakładów jak np. Enghlien, Luchon, Barèges itp., co powiększając zasoby lecznicze, czyni nieco łatwiejszém leczenie zniecierpliwionych chorych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Kazuistyka lekarska.

Przyczynek do leczenia ran sublimatem.

Podał Dr. Adolf Goldhaber.

Od czasu gdy Lister wprowadził w życie przeciwgnilne leczenie ran, poczęły się sypać z wszystkich stron modyfikacyje. Powód do tego dała zrazu zbyt wysoka cena środków do opatrunku potrzebnych, późniéj zaś stało się to słabością powag na polu chirurgicznóm, aby nowy sposób przeciwgnilny wymyśleć. Zamiast więc gazy, protective i makintosh, zalecono watę, jutę, trociny itd., a zamiast kwasu karbolowego stosowano tymol, naftalin, kwas borowy, salicylowy nawet będźwinowy, borogliceryd, jodoform a w ostatnich czasach sublimat, który niestety ogromnego wzięcia doznał. Co do mnie, to zawsze mi się nasuwała wątpliwość, czy ten lek, znany ze swéj żrącéj i trującéj własności, nie przejdzie do organizmu tém łatwiéj przez otwartą ranę, jeżeli przetwory rtęciowe już przez skórę do organizmu wnikają. Z téj przyczyny opatrywałem rany jodoformem lub kwasem karbolowym, a dotąd nie zdarzyło mi się widzieć zatrucia temi środkami ani w mojéj praktyce prywatnéj, ani podczas méj służby w szpitalu św. Łazarza. Wówczas trzymał się mój przełożony prof. Obaliński ściśle pierwotnego przepisu Listera, i nie skąpiliśmy kwasu karbolowego, tak że przez cały czas méj służby cierpiałem na nieżyt połyku, wywołany przez przesycenie powietrza szpitalnego mgłą karbolową. W ostatnich czasach zrobiłem wyjątek i o mało ciężko téj próby nie odpokutowałem, niniejszém też zamierzam podać do wiadomości publicznéj następujący przypadek, zachęcony artykułem prof. Mikulicza, zamieszczonym w Nrze 33 Przegl. Lek., w którym autor przestrzega przed zbytniém używaniem sublimatu, a zarazem nasuwa myśl, że dobrze byłoby, aby czasopisma ogłaszały wszystkie przypadki zatrucia sublimatem w celu wypowiedzenia ostatecznego słowa co do wartości tego środka w chirurgii.

Mój przypadek dotyczył 25-letniéj kobiety, która przed 4ma tygodniami zachorowała na zapalenie gruczołu sutkowego. Pacyjentka była dotąd zawsze zdrową, jest ona dobrze odżywioną, silnie zbudowaną. Przed pół rokiem odbyła połóg prawidłowy. Przed 6 tygodniami powstały nadżerki na sutkach. Z powodu nieodpowiedniego zachowania i bólu karmiła tylko jednym sutkiem, z téj przyczyny powstał silny obrzęk a w następstwie zapalenie w drugim sutku. Zawezwany, zastałem już ogromny obrzęk (w porównaniu ze zdrowym była objętość lewego sutka pięć razy większa), ciastowaty, zaczerwienienie skóry, wielką bolesność, w głębi ropienie. Mleka wydobywało się zaledwie ślad. Przystąpiłem natychmiast do otwarcia, przyczém wydzieliło się skąpo ropy. Przestrzyknąłem jamę rany kwasem karbolowym i założyłem opatrunek uciskający. Nazajutrz po zdjęciu opatrunku wypłynęło około 200·0 ropy i w sutku powstała wielka jama. Ponieważ w ostatnich latach tyle się naczytałem o otruciach kwasem karbolowym, zawahałem się, czy takowy stykając się z dużą powierzchnią jamy nie wywołałby zatrucia, i z téj przyczyny poszedłem za teraźniejszym prądem i przestrzyknąłem jamę rozczynem sublimatu w stosunku 1:1000, założyłem sączek a na to znów opatrunek uciskający. Nazajutrz powtórzyłem to samo i przez te dwa dni użyłem około 200·0 płynu, czyli 0·20 sublimatu.

W parę godzin po opatrunku wezwano mnie do pacyjentki, którą zastałem wijącą się na łóżku z powodu bólu brzucha. Powstały dwukrotne wymioty, potém rozwolnienie, następnie parcie, stolce krwawe, majaczenie. Chora miała dyjetę pożywną codziennie przezemnie przepisaną i tegoż dnia prócz rosołu i jarzyn nic nie spożyła. Z téj przyczyny nie mogłem stanu obecnego odnieść do błędu dyjetetycznego a gdy stolce krwawe powtarzały się co parę minut wśród niesłychanego parcia, byłem najmocniéj przekonany, że pacyjentka zapadła na czerwonkę, która w ostatnich czasach tutaj sporadycznie występowała. Zaleciłem 25·0 oleju rącznikowego a następnie odwar salepu, a gdy parcie nie ustawało, parę lawatyw z krochmalu z dodatkiem paru kropel nastoju makowca. Nazajutrz zrana zastałem silny zapad, w nocy było pięć stolców krwawych ze znaczném parciem; z jamy ust czuć cuchnienie, w niéj rozpulchnienie błon śluzowych i nadżerki na dziąsłach; silny ślinotok. Badana żali się na ból zębów, na ciągłe parcie i ból brzucha; odpowiada apatycznie. Dopiero ten stan wskazał mi prawdziwy powód całego cierpienia; w téj chwili zarządziłem ciepłą kąpiel, którą chora przez dzień parę razy powtórzyła, co ból brzucha i parcie zupełnie uspokoiło. Nadto podawano trochę starego czerwonego wina, odwar kory chinowéj z garbnikiem. Rozwolnienie utrzymało się jeszcze przez parę dni, a zapalenie dziąseł ustąpiło po pędzlowaniu garbnikiem i płukaniu chloranem potasowym, a ja bogatszy o jedno doświadczenie, które mi mogło przysporzyć niezmiernych przykrości, wróciłem jeszcze tego dnia do kwasu karbolowego, pod wpływem którego sprawa gojenia w prawidłowy sposób postępowała.

Sądzę, że przysłużyłem się kolegom przez ogłoszenie tego przypadku, bo ręczę, że nie jeden z kolegów uległ tym hymnom pochwalnym, jakie śpiewano na cześć sublimatu, jak w ogóle opiewano z entuzyjazmem „nowe“ środki i zachęcano nas biednych na partykularzu osiadłych lekarzy do naśladownictwa—a większa część tych „nowych“ środków (np. kairyn, terebinthina de Chios itd.) przeszła w téj chwili w zapomnienie, stanowiąc cenny nabytek dla aptekarzy, którzy na żądanie lekarza za drogie pieniądze te nowości sprowadzają, któremi nie jeden z kolegów swą reputacyję przepłacił, jak to mnie o mało się nie stało ze sublimatem [1]).

V. Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie z konferencyi o cholerze. Dyskusyja

w państwowym Urzędzie zdrowia w Berlinie w d. 29 lipca br. podał Dr. Schaitter.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 37).

Virchow, ze względu na pytanie trzecie zabiera głos raz jeszcze. Według tego co Koch właśnie mówił nie jest on w stanie twierdzić, że wykrycie prątka za pomocą mikroskopu wystarcza do rozpoznania, V. więc nadmienia, że dawniéj obchodzono się bez wyszukiwania prątka a pomimo to dawano sobie jakoś radę z rozpoznaniem. Dla urzędnika zdrowotnego byłoby jedynie ważném rozstrzygnięcie, czy w danym przypadku ma się przed sobą człowieka ulegającego epidemii czyli też przypadek sporadyczny. Koch twierdzi właśnie, że zbadał przypadek cholery swojskiéj i nie

[1]) Wiadomo, że po użyciu kwasu karbolowego i jodoformu spostrzegano nie tylko ciężkie przypady zatrucia, ale i śmierć, co jednak nie wyrugowało tych środków z arsenału antyseptycznego, tak, jak i sporadyczne przypadki zatrucia po stosowaniu sublimatu zdarzające się nie potrafią zmniejszyć znaczenia, którego środek ten nabył w antyseptyce.—*Redakcyja.*

wykrył prątka; godzi się tedy zapytać: Czy Koch wątpiłby, że ma przed sobą przypadek cholery dotąd wątpliwy, w którym jednak objawy są zupełnie takie same jak w cholerze azyjatyckiéj a badanie mikroskopowe wykazuje niezliczone prątki w odchodach?

Koch odpowiada, że w obec takiego stanu rzeczy nie wątpiłby o tém ani na chwilę, zdarza się jednak czasem, że wśród badań nie znajduje się prątków w takiéj ilości, iżby się mogło być pewnym rozpoznania i w tych właśnie przypadkach bywa potrzebném przeprowadzenie hodowli, co już nigdy nie zawodzi. K. sądzi, że nie jest wcale obojętném, czy w pierwszym przypadku, zawleczonym np. na okręcie albo innym sposobem można natychmiast rozpoznać stanowczo cholerę; ta okoliczność skłoniła go do uczynienia pytania, czy wykrycie prątka da się zużytkować praktycznie. Jak nadmienił Hirsch wyczekiwano w przypadkach cholery swojskiéj, czy chorzy wyzdrowieją lub nie, ale to nie rozstrzygało o charakterze choroby, gdyż przecież z cholery azyjatyckiéj mogą ludzie wyzdrowieć. Wypadałoby tedy wyczekiwać nagromadzenia się przypadków, ale wśród tych wyczekiwań upłynąłby czas odpowiedni do przedsięwzięcia środków zapobiegawczych. Jakiekolwiek byłyby warunki pożądaném być musi, aby pierwsze zaraz przypadki rozpoznano i zastósowano natychmiast środki zapobiegawcze. Mimo że dawniejsi praktycy rozpoznawali dokładnie, czy mieli do czynienia z cholerą swojską czy téż azyjatycką, rozpoznania ich bywały spóźnione, gdyż pora najodpowiedniejsza do działania zazwyczaj już była minęła. Rozpoznanie pierwszych przypadków cholery jest nie tylko ważném, wtedy gdy one pojawiają się już w Europie, rozpoznanie takie w jéj ojczyźnie może posłużyć do stłumienia zarazy w samym początku jéj rozwoju przez odosobnienie przypadków. Gdyby jednak kto chciał wyczekiwać z rozpoznaniem dopóki się nie pojawi pół tuzina lub więcéj przypadków, straciłby pogląd na rozwielmożnienie się zarazy. Sposób badania co do prątków nie przedstawia szczególniejszych trudności. Poszukiwanie prątków gruźliczych za pomocą barwienia, pomimo że jest o wiele więcéj skomplikowaném, już się rozpowszechniło, to téż tém bardziéj spodziewać się należy, że urzędnicy zdrowotni, jeżeli nie wszyscy to przynajmniéj wielu z nich, nauczyliby się wkrótce sposobu badania.

Na pytanie Schuberta odpowiada Koch, że prątki można wykryć już w pierwszych okresach choroby, w Tulonie zdarzyło mu się badać przypadek, w którym chory zapadł w samym szpitalu i umarł w parę godzin a badanie wykazało w jelitach bardzo znaczną ilość prątków. Na podstawie tego przypadku może Koch twierdzić, że prątki można wykazać bardzo rychło i że pierwsze stolce wodniste bezbarwne już prątki zawierają.

Fraenkel twierdzi, że badanie co do prątków nie jest wcale tak łatwém, jak to Koch przedstawia, Pistor zaś, że na wsi jest bardzo trudno o materyjał do badania a wykonywanie sekcyj napotyka na znaczne trudności tak, że na wsi trudno przypuścić możliwość badań w tym kierunku. Inna rzecz w miastach, zwłaszcza większych, tam badania tego rodzaju będzie można przeprowadzić z korzyścią, zwłaszcza gdy młodzi urzędnicy zdrowotni będą zajmowali urzędy a młodsi z pośród tych, którzy je obecnie zajmują, nawykną z czasem do tych badań. Obydwa te zapatrywania zbija Koch przytaczając w skróceniu sposób postępowania i wykazując tym sposobem jego łatwość. Gelatynę do hodowli można obecnie kupić, należy ją tylko ogrzać, zmięszać z odrobiną śluzu pochodzącego z odchodów i wylać na płytkę szklaną. Płytkę tę umieszcza się teraz pod dzwonem szklanym a nie mając takowego można użyć dwóch talerzy, pomiędzy któremi umieszcza się płytkę, jak to robili członkowie Komisyi przebywając w Kalkucie. Postaranie się o materyjał do badania nie napotyka w cholerze na żadne trudności, należy tylko postarać się np. o koszulę poplamioną odchodami i zbadać kilka strzępków śluzowych trzymających się płótna. Jestto przedmiot najprzydatniejszy do badań, którego zawsze dostać można, nie potrzeba również wcale osobnego przyrządu do ogrzewania gdyż ciepłota pokojowa w lecie wystarcza dla hodowli. W razie zimna należałoby, co najwięcéj, nieco w piecu kazać zapalić.

Neumann zabrawszy głos stwierdza, że dyskusyja doprowadziła do przekonania, iż prątek przecinkowy stanowi przyrzut cholery i jest pośrednikiem wśród szerzenia się téjże. Tak więc nie należy się wahać w poruszeniu praktycznych następstw tego pewnika. Ministeryjum wojny komenderuje szeregiem oficerów pouczonych należycie, w jaki sposób należy prządsięwziąść kroki wojenne przeciw nieprzyjacielowi. Władza sanitarna powinna w tym przypadku uczynić toż samo, bez względu na to, czy zadanie jest łatwém, czy trudném, postarać się o personal lekarski wyćwiczony. Wypowiadać, że w téj lub owéj prowincyi wybuchła cholera, gdyż wykazano prątek przecinkowy, może jedynie osobistość wprawna w badanie i dla tego zasługująca na zaufanie. Z każdéj prowincyi powinno kilku lub kilkunastu lekarzy z pośród grona służby zdrowia zebrać się w Berlinie, aby się nauczyli badać i mogli stanowczo orzec w danym przypadku o istnieniu prątka cholery. Zanim to nastąpi, powinny się badania odbywać w Berlinie, a odpowiedzialność spadająca na tych, którzyby nie donieśli o pierwszych przypadkach cholery lub nie przysłali materyjału do zbadania, pozwala wykluczyć obawy nienależytego spełniania tych poleceń. Pierwsze przypadki zatajone bywają przyczynami rozległych epidemij a pewnym być należy, że w obec tego odkrycia możnaby w samym początku stosunkowo mniejszemi środkami zapobiedz zarazie.

Virchow zgadza się z poprzedzającym mówcą w tém, że odkrycie to należy zaraz zużytkować w całéj pełni, dodaje jednak, że w praktyce rzecz ta przyjmowałaby się zwolna, dla tego jest on za tém, ażeby utworzono stacyje obserwacyjne, do których odsyłanoby materyjał celem zbadania. Nawet wśród takiego postępowania upływałoby kilka dni zanimby zdołano rzecz stanowczo rozstrzygnąć; badanie mikroskopowe stanowi zawsze podwalinę a rezultat hodowli możnaby późniéj zakomunikować.

Kochowi wydaje się niebezpieczném przesyłanie odchodów cholerycznych, zdaniem jego odpowiedniéj byłoby posyłać na miejsce lekarza obznajmionego z badaniem. Późniéj nauczy się bez wątpienia każdy fizyk sposobu badania, zwłaszcza że rzecz nie jest tak trudną, skoro się ją raz widziało, ale do tego przyjdzie dopiero z czasem. Nierównie prędzéj można się spodziewać, że w miastach, zwłaszcza większych, znajdzie się ten lub ów obeznany z badaniem, którýby mógł pojechać na miejsce i badanie przedsięwziąć.

Z kolei zajęto się pytaniem:

5) Czy przyrzut posiada znaczną odporność i 6) Czy przez wysuszenie ginie w krótkim czasie?

Z rozmowy z Pettenkoferem przekonał się Virchow, że wymieniony badacz przypuszcza istnienie pewnéj

postaci trwałéj prątka przecinkowego, a ta właśnie przemiana trwała (*Dauerzustand*) prątka jest żywiołem najniebezpieczniejszym. Pettenkofer posunął się w przypuszczeniach swoich tak daleko, że domyśla się istnienia postaci prątka, która nawet przez czas dłuższy może być utajoną i nieszkodliwą, a dopiero wśród sprzyjających okoliczności zaczyna bujać i sprawia wybuch zarazy. P. sądzi, że przyrzut cholery w swéj postaci trwałéj został zawleczony do Tulonu zapewne jeszcze z początkiem roku bieżącego.

Według tego, co Koch na konferencyi wypowiedział, nie podziela on zdania P. o istnieniu postaci trwałéj prątka a do przeczenia istnieniu takiéj postaci uprawniają go nie tylko własne lecz i wszystkie obce dawniejsze spostrzeżenia. Nie ma wcale analogii pod tym względem pomiędzy cholerą a chorobami, których przyrzut wyschnięty nie traci przez czas dłuższy swojéj siły zakaźnéj, jak np. przyrzut karbunkułu i ospy. Liczne istnieją dowody, że te choroby bywały przenoszone za pośrednictwem szmat, wełny lub z kurzem w powietrzu; dowodu, że cholerę tym sposobem przeniesiono wcale dotąd nie ma. Wzmianki napotykane tu i owdzie w dziennikach są nader pobieżne i niedokładne tak, że żadną miarą nie można wykluczyć możności zakażenia za innėm pośrednictwem. Ostatnia uwaga odnosi się również do przypadku wspomnionego przez Leydena: zarazę miały przewieść rzeczy przysłane z Ameryki do Europy. Słowem nie ma dowodu, że przyrzut cholery zatrzymuje swoją siłę po wyschnięciu, stan trwały przyrzutu nie istnieje a wysuszenie niszczy siłę zakażającą w przeciągu krótkiego czasu. Przypadek Leydena nic nie może stanowić w téj mierze, gdyż dotyczy miejscowości, gdzie nie dawno panowała cholera a pojmowaniu rzeczy przez Kocha nie sprzeciwia się wcale okoliczność, że przedmioty, które miały zawierać przyrzut, dopiero po 4 czy 6 tygodniach działanie rozpoczęły. Stanu, w jakim się przez ten czas znajdowały prątki, nie można uważać za stan trwały (*Dauerzustand*) w tém znaczeniu, jak to jest stwierdzoném dla przyrzutu karbunkułu i ospy. Prątki karbunkułowe zaschnięte mogą nawet po upływie lat dwunastu rozwinąć swoją siłę zakażającą; w ospie zdarzają się zakażenia nawet po roku, krowianka zaschnięta zatrzymuje skuteczność swoją również przez rok. Taki stan można nazwać stanem trwałym. Bielizna zapakowana może nawet po kilku tygodniach być jeszcze wilgotną a przeto zawierać prątki przecinkowe, niepozbawione siły zakaźnéj. W rurce odczynnikowéj udawało się przechować prątki przez sześć tygodni i dłużéj, posiadały one po upływie tego czasu własności żywotne, nie można jednak już twierdzić, jakoby przeszły w odmianę trwałą. Skoro je tylko wysuszono, ginęły. Na korzyść tego zapatrywania przemawia również przebieg cholery na okrętach. Uderzającém jest, że na zwykłych statkach handlowych, które przewożą przedmioty najrozmaitsze, płyną z okolic, w których cholera panuje, muszą przeto zawierać przyrzut w téj lub owéj postaci, nie wybucha zaraza nigdy w innym czasie tylko zaraz w pierwszych dniach po odbiciu od brzegów. Inaczéj zupełnie ma się rzecz na wielkich statkach przewozowych. Choroba wybucha wkrótce po odbiciu przewleka się jednak dwa, trzy lub nawet cztery tygodnie a nawet i dłużéj. Dziwnėm byłoby gdyby przyrzut znajdował się w swéj trwałéj postaci tylko na tych okrętach, które przewożą wielką liczbę osób i zwolna tylko rozwijał swoje działanie. Dla czegóż nie zdarza się to na statkach kupieckich lub na tych, które wiozą mało osób i nienagromadzonych gęsto? Zdaniem K. jest to najoczywistszym dowodem, że przyrzut ginie zazwyczaj nader rychło i że utrzymuje i krzewi się tylko wśród organizmów ludzkich, sprowadzając kolejne zarażanie się, co w obec życia w skupieniu na małéj przestrzeni jest możliwém. W przebiegu zaraz rozwlekanych na wielkie odległości należy tylko ludzi mieć w podejrzeniu, a podania o przypadkach, w których towary miały pośredniczyć w dostawaniu się przyrzutu, okazały się niewiarogodne. Już przytoczone fakty, zaczerpnięte z doświadczenia, dowodzą słuszności zapatrywań.

Virchow nadmienia, że wśród poszukiwania postaci trwałéj prątka ze stanowiska botanika rozchodzić się powinno o to, czy wśród jego rozwoju i krzewienia się nie powstaje pewna postać, którąby mogła żywotność zachować przez czas dłuższy. Według tego jak obecnie rzeczy stoją, można wszystkie znane przypadki choroby wytłumaczyć życiem i bujaniem organizmów właśnie poznanych. Jak dotąd nie potrzeba poszukiwać nowych postaci. Gdyby jednak udowodniono, że przyrzut ten ożywia się tak jak prątek karbunkułowy pomimo, że przez pewien przeciąg czasu był wyschnięty, należałoby w jego rozwoju szukać nowéj przemiany dotąd nieznanéj, czego jednak, zdaniem Kocha, spodziewać się nie należy.

Doświadczenia Hirscha, zebrane wśród dawniejszych epidemij, a mianowicie w roku 1848 i 49 w Gdańsku, skłaniają do zapytania, czy wobec twierdzenia Kocha, że prątki zatrzymują w wilgoci żywotność swoją przez czas nieograniczony, nie należy domyślać się, że one, znajdując teren dla siebie przyjazny, mogą przez pewien czas przebywać w miejscowości poprzednio nawiedzonéj, nie zdradzając swojéj bytności a późniéj dopiero rozpocząć szerzenie na nowo dzieła zniszczenia. H. przypomina sobie bowiem, że epidemija z nastaniem mrozów w Gdańsku wygasła a na wiosnę zapanowała na nowo, chociaż o nowém jéj zawleczeniu ani mowy być nie mogło.

Koch zgadza się na przypuszczenie takiego przebiegu sprawy; dodaje jednak, że wyraz „postać trwała" (*Dauerzustand*) sprawia w téj mierze zawikłanie i stan ten nie jest wcale analogicznym do stanu znanego z bijologii innych pasorzytów. Nad kwestyją tą warto się zastanowić. K. spostrzegł, że prątki wytrzymują bardzo niski stopień ciepłoty, mogą istnieć również po za ustrojem ludzkim, np. na ziemniakach, a w rurce odczynnikowéj na gelatynie lub téż na bieliźnie żyją przez pewien czas. Te spostrzeżenia są dostateczne do wypowiedzenia przypuszczeń, że byt ich, jakkolwiek wśród powolnego rozwoju z powodu mniéj korzystnych warunków jest możliwym w odpowiedniém miejscu w ziemi lub téż gdziekolwiek indziéj bez wywołania zakażenia. Wszystko to jest możliwém, doświadczenie jednak K. tak daleko nie sięga, dla tego téż w téj mierze nie może stanowczo orzec. Chcąc to stwierdzić należałoby w pewien czas po ustąpieniu cholery badać w pewnych miejscowościach ziemię, wodę i wszystko to co może stanowić przytułek dla pasorżyta. Pytanie to jest ważném, odpowiedzi jednak na nie należy się dopiero w przyszłości spodziewać. W Kalkucie nie można było przedsiębrać takich poszukiwań, gdyż tam cholera nie wygasa, dochodzenie powinno mieć miejsce po ustąpieniu cholery w jakiéjś miejscowości w Europie, a zająć się tą sprawą należałoby nawet z tego względu, że tym tylko sposobem mogłyby być wytłumaczone pewne fakty, o których wspomina Pettenkofer. (C. d. n.)

Doc. Dr. Karol Chodounský: **Klimatyczne leczenie gruźlicy płuc.** (Praga, 1884 r. Odbitka z Časopisu l. č.)

Streścił Dr. A. Kwaśnicki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 37).

Oceniwszy wartość czynników klimatycznych, zastanawia się w dalszym ciągu Dr. Chodounský nad wpływem klimatu na człowieka, i poparłszy swe rozumowanie pouczającemi przykładami, twierdzi, że wpływ ten przyrody wyciska na człowieku swoje piętno; a jak człowiek zdrowy nosi na sobie cechy strefy rodzimej, tak również choroby rozwijają się, przebiegają i znikają różnie w różnych krajach, jak o tém pouczają geograficzno-patologiczne badania. Spostrzeżenie pouczyło, że są miejscowości, jakby zabezpieczone (*immunitas*) od gruźlicy; fakt ten nasunął myśl, czy w miejscowościach tych przebieg już istniejącej gruźlicy nie będzie pomyślny? a chociaż te miejscowości zabezpieczone od gruźlicy nie są w stanie bezwzględnie przekonać, że są zupełnie wolne od przypadków téj choroby, doświadczenie jednak przekonało o skuteczności przebywania suchotników w tym klimacie. Do miejsc takich zaliczamy Islandyję, Feroë, stepy kirgiskie; do miejscowości, w których gruźlica pojawia się rzadko, należą: Szwecyja, Norwegija, Finlandyja, Szkocyja, wyżyny Alp, Pireneów, Apeninów i Karpatów. Strefy północne najwięcéj są zabezpieczone od gruźlicy: w Ameryce ta wyłączność sięga do 52—53° szerokości północnéj, w Azyi do 60°, a w Europie do 71°; do miejsc tych należą amerykańskie wyżyny w Kalifornii, Limie, Meksyku itd.

Jeżeli się przypatrzymy warunkom klimatu i życia mieszkańców tych okolic, to przedewszystkiém uwzględnić należy, że ludność tamtejsza przebywa bądź poza domem, bądź w przybytkach o obfitéj ilości powietrza. Dla chorych jednak ostry klimat północy jest zbyt szkodliwy, ażeby w nim przebywać mogli, pozostają więc tylko wyżyny górskie. Doświadczenie pouczyło, że im bliżéj równika, tém wyżéj trzeba się wznosić, ażeby dosięgnąć pasu bezpiecznego od gruźlicy: przy równiku pas ten poczyna się na wysokości 9,000 stóp, w południowéj Europie na 3,000, a w środkowéj na 1,500 stóp; Dr. Chodounsky sądzi, że obie ostatnie ilczby są niedokładne. Natomiast są w środkowéj Europie liczne, gęsto i rozlegle zalesione okolice, gdzie gruźlica należy do chorob tylko wyjątkowych.

Pouczającą w tym względzie jest statystyka Denisona w nizinach przymorskich północnéj Ameryki: z całéj śmiertelności przypada na suchoty 20—30%, na wysokości 1000′ 10—20%, na 2,000′ 5—10%, na wyżynie 4,000′ 2—5%, na 6,000′ tylko 1—2%. Zasadniczo zbliżoną jest do powyższych liczb statystyka śmiertelności z gruźlicy w Szwajcaryi Lombarda oraz Müllera. Z wyliczeń tych wynika niezbity wniosek, że w miarę wznoszenia się w strefy górskie śmiertelność z gruźlicy płucnéj obniża się.

Żałować wypada, że nie posiadamy równie przekonywającéj statystyki dla porównania śmiertelności z gruźlicy na wybrzeżach morskich i krajach środkowych oraz okolicach zalesionych i połoninach. Miejsca klimatyczne, stosownie do położenia i wpływu na zdrowie człowieka, dzielą się na: 1) okolicę nizin i 2) okolicę górską. Pierwsza rozpada się na *a*) niziny pomorskie i *b*) niziny śródlądowe. Do miejsc klimatycznych górskich autor zaliczył tylko te, które są wzniesione na 1,000m. nad powierzchnię morza.

Klimat nizin. *a*) Niziny śródlądowe cechują się przedewszystkiém stałym stopniem ciśnienia barometrycznego, oraz peryjodycznością i obfitością wilgoci atmosferycznéj. Stopień ciepłoty, napięcia elektrycznego, ruch powietrza nie mają w nizinach znaczenia w pojęciu czynnika leczniczego. Przy wyborze miejsca dla suchotnika należy koniecznie stwierdzić, jaka jest ilość wilgoci w powietrzu, gdyż badania udowodniły, że wilgotne okolice nie są bez szkodliwego wpływu dla cierpiących na gruźlicę. Tak zwany klimat pognębiający (ponebi depressivni) cechuje się powietrzem wilgotném, ciepłém i spokojném; miejsca posiadające ten klimat nie powinny zaliczać się do klimatycznych, pomimo że kilka miejscowości i miast téj zaszczytnéj opinii używa. Wielkie miasta mają swoje cechy i czynniki klimatyczne, którym np. Piza, Palermo, Rzym, Neapol, Kadyks, Sewila, Kair itd. zawdzięczają gościnny pobyt suchotników; ale z drugiéj strony, jak o tém wyżéj była mowa, śmiertelność z gruźlicy w stosunku do téj saméj śmiertelności na prowincyi wykazuje całą niekorzyść pobytu dla suchotników w miastach; przyczyna tego zjawiska, jak to również wyżéj omówiliśmy, polega na oddechaniu powietrzem zanieczyszczoném kurzem, wyziewami powstającemi z rozkładu itd.; w powietrzu miejskiém jest brak lub niedostatek ozonu, napięcie elektryczne słabe, ruch powietrza nieznaczny, ciepłota zaś w stosunku do ciepłoty okolicy podmiejskiéj stale wyższa o 1,1°C. Następnie zdrowotność miast w ogólném znaczeniu zostawia wiele do życzenia: rokrocznie panują w nich choroby zakaźne, grunt przesiąknięty pierwiastkami rozkładu, najczęściéj wadliwa kanalizacyja i zła woda. Dla tych powodów, aż nadto przekonywających, miasta wielkie należy wykreślić z liczby miejsc klimatycznych, przynajmniéj co do gruźlicy.

Poza obrębem miast kraina nizin posiada liczne stacyje klimatyczne, niemal w każdym kraju pourządzane. Stacyje te należy odróżnić od miejsc mniej więcéj zdrowych, nieurządzonych, gdzie w lecie przebywają ludzie szukający wypoczynku. Miejsca klimatyczne dla suchotników przedewszystkiém powinny mieć dobre warunki zdrowotne, a tu na pierwszém miejscu należy położyć okolice leśne. Lasy wyróżniają się od łanów odmienną ciepłotą: w zimie powietrze leśne jest nocą cieplejsze, w czasie wiosny chłodniejsze o cały 1°C.; w parne dni różnica między polami i lasami wynosi 5—6°C.; parowanie w lesie jest zmniejszone, a względna wilgoć powietrza zwiększona o 6—10%. Powietrze leśne jest zupełnie czyste, bez kurzu, obficie zawiera ozon i aromatyczne wyziewy. Lecz lasy nie zawsze odpowiadają wszystkim warunkom, niezbędnym dla korzystnego pobytu suchotników, że tu tylko wymienimy nieraz za wielką wilgotność powietrza leśnego itd. Niektórych chorych na suchoty wysyłamy czasami do zdrojowisk, znanych z dobrego powietrza; rzecz prosta, że chorzy ci nie korzystają z wód i kąpieli, a stopień zmian chorobowych w ich płucach nieznaczny.

Zagraniczne zakłady klimatyczne na nizinach dobrze są pourządzane, ale przyznać należy, że pobyt w nich nie zawsze jest wskazany dla suchotników: w wielu z nich mgły zimowe są dla tych chorych szkodliwe, np. Pau, Amelie les Bains mają wilgotne pognębiające powietrze; w Montreux panują czasem dotkliwe mrozy; w Botzen dokuczają północne wiatry, a nawet Meran i Gries nie mogą iść w parze z Rivierą, chociaż najwięcéj odpowiadają wymaganym warunkom. Autor załącza do uzdrowisk na lądowych nizinach i te miejsca klimatyczne, które wznoszą się na 400 do 600m. nad powierzchnię morza, lecz nie posiadają warunków klimatu górskiego, który podług Dra Chodoun-

skiego rozpoczyna się dopiero na wyżynie 1,000m., panującéj ponad granicą chmur, co czyni powietrze tak korzystném dla suchotników. Dla wywarcia pożądanego wpływu na oddechanie i krążenie suchotników potrzebném jest obok suchości takie rozrzedzenie powietrza, którego poniżéj 1,000m. mieć nie możemy. Pobyt w stacyjach poniżéj 1,000m. położonych może być zastosowany jako kuracyja przejściowa do klimatu górskiego, lub téż wskazanym on być może u osób, których stan wymaga wyjątkowo podobnego indywidualizowania. Do zakładów tych zaliczamy Görbersdorf Dra Brehmera, Aussee Dra Schreibera, oraz kilka stacyj w Szwajcaryi i Bawaryi. Większość tych stacyj jest urządzona tylko dla sezonowego pobytu, a niektore na wiosenny i jesienny przejściowy pobyt (stacyje w północnych Włoszech). Są jednak już uzdrowiska téj kategoryi urządzone i na pobyt stały.

W paru słowach wspomnieć należy o leczeniu żentycą i winogradem, będącém w związku z pobytem suchotników w tych przejściowych uzdrowiskach. Główne składowe pierwiastki żentycy są następujące: woda (93%), cukier (5%), nieco ciał białkowatych i soli. Dr. Chodounsky sądzi, że nikt z lekarzy nie poleci dziś suchotnikom zwykłéj dawki żentycy (1—1½ litra), która w końcu nieżyt przewodu pokarmowego sprowadza; ani téż nie będzie ich przepełniać wielkiemi ilościami winogradu lub innego owocu: natomiast radzi, ażeby te kuracyje wątpliwéj wartości zastępować rozumném i miernem podawaniem mleka lub kumysu. (C. d. n.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

= Idąc za przykładem kolegi Obtułowicza przesyłam sprawozdanie o chorobach nagminnych w powiecie myślenickim. W miesiącu sierpniu panowała czerwonka w dwóch gminach, gdzie zachorowało łącznie 136 osób, z tych zmarło 21. Przebieg choroby był w ogóle ciężkim. Obecnie wygasła epidemija w obydwóch miejscowościach a powiat jest zupełnie wolnym od chorób nagminnych. *Dr. Czyżewicz.*

* D. 9 bm. odbył się w Bernie morawskiém Wiec stowarzyszenia związkowego lekarzy austryjackich pod przewodnictwem prymaryjusza wiedeńskiego Dra Gaustera. Do Wydziału gospodarczego na następne dwa lata wybrani zostali: Gauster, prof. Auspitz, Scholz, Adler, Hock, Heim i Hofmokl z Wiednia, Merunowicz ze Lwowa, proff. Kaulich, Janovsky z Pragi Czeskiéj, Poras z Czerniowiec, itd.

* **Cholera** sroży się we Włoszech a głównie w miastach Neapolu i Spezzii. Od 24 sierpnia do 8 września zachorowało w samym Neapolu osób 1780, z których umarło 764; od 8go września zaraza zwiększyła się, bo tego jednego dnia zachorowało 653 osób a umarło 310. W tym zaś przeciągu czasu zachorowało w Spezzii 409 osób a umarło 278. Jakkolwiek Neapol liczy więcéj niż pół milijona ludności, to przecież cyfra powyższa jest bardzo znaczną; bezporównania jednak znaczniejszą jest cyfra przypadająca na Spezzię, skoro zważymy, że miasto to liczy zaledwie kilka tysięcy mieszkańców. Panika, która zrazu zapanowała we Włoszech południowych, a zwłaszcza w Neapolu, a pod wpływem któréj działy się rzeczy niepojęte, ustała dzięki bohatyrskiemu postępowaniu króla Humberta. Zaproszony przez burmistrza miasta Pordenone na wyścigi, które tam odbyć się miały, król odpowiedział telegrafem: *Si fa festa a Pordenone, si muore a Napoli. Vado a Napoli.* I udał się natychmiast do tego miasta, zwiedził szpitale, pocieszył chorych, pokrzepił i zachęcił do wytrwania zdrowych — W Spezzii zdołano sprawdzić początek i sposób powstania cholery. Otóż ponad tém miastem leży wioska Varignano, gdzie urządzoną była kwarantana i lazaret dla przybywających z Francyi; lazaret sam leży nad rzeczką, płynącą ztamtąd do Spezzii, w wodzie téj prano bieliznę i inne przedmioty, należące do chorych na cholerę, a wody téj saméj używają w Spezzii.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 31 sierpnia do 6 września umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 20,0. Z ospy umarło 1 (1 z. t.); z płonicy 1 (0 z. t.); z błonicy 1 (2 z. t.); z krztuśca 1 (0 z. t.); z duru brzusznego 1 (2 z. t.); z czerwonki 1 (0 z. t.); z zimnicy 1 (0 z. t.); z kiły 1 (0 z. t). Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku ospy, 3 płonicy. W tygodniu od 24—30 sierpnia umarło z ospy w Londynie 12, W szpitalach leczyło się 559. Świeżo zapadło 69. W Pradze, Genewie, Liwerpolu, umarło z ospy po 1, w Rzymie, 2 w Madrycie 3, w Bombayu (od 23—29 lipca) 4, w Kalkucie (od 13—19 lipca 9. Z duru osutkowego umarło w Murcyi, Granadzie, Palmie i Baltimore po 1, w Madrycie 6. Z biegunki umiera wiele dzieci w Paryżu, Londynie, w większych miastach angielskich, w Petersburgu, w Warszawie, Odesie, Kopenhadze, Stokholmie. Z cholery umarło od 13—19 osób 9. W Rio de Janeiro umarło z febry żółtéj w ciągu lipca 12 osób.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 24—30 sierpnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 25,2; w Warszawie 38,8; w Poznaniu 24,8; w Wiedniu 19,4; w Pradze 22,0; w Berlinie 32,7; w Hamburgu 26,8; we Wrocławiu 29,0; w Gdańsku 32,5; w Mnichowie 32,7; w Dreźnie 29,5; w Lipsku 29,7; w Genewie 27,0; w Brukseli 27,0; w Amsterdamie 24,4; w Hadze 35,6; w Paryżu 22,9; w Londynie 20,0; w Kopenhadze 25,1; w Stokholmie 18,3; w Chrystyjanii 21,0 w Petersburgu 27,3; w Odesie 41,7; w Rzymie 28,8; w Wenecyi 23,8; w Bukareszcie 23,8; w Madrycie 36,8; w Lizbonie 30,0; w Aleksandryi 43,5; w Nowym Jorku 27,4; w Filadelfii 21,8; w Bombayu 25,8; w Madrasie 33,2. *J. B.*

Śmiertelność we Lwowie (liczącym 115.544 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). W tygodniu od 31 sierpnia do 6 września umarło osób 62, co odpowiada na rok i 1,000 m. 27,9. W tym czasie umarły z ospy 4 osoby, z płonicy 1, z błonicy 2, z dławca 1, z duru wysypkowego 1 a z gorączki połogowéj 2.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 18 września. Otrzymaliśmy Zeszyt III Słownika lekarzów polskich, ułożonego przez śp. Stanisława Kośmińskiego, wyszły w Warszawie temi dniami. Przyznajemy, że pojawienie się tego zeszytu zrobiło na nas wrażenie bardzo mile, które jednak wnet ustąpiło miejsca uczuciu rzewnemu. Cieszymy się, że dzieło tak znakomite, rzec można pomnikowe, na które złożyła się wieloletnia praca sumienna i wytrwała, nie pozostała kadłubem w skutek śmierci swego autora, jak to zrazu obawiać się należało; ale jeżeli mimo zgonu nieodżałowanego śp. Kośmińskiego piśmiennictwo nasze wzbogacone zostanie dziełem tak ozdobném, tak ważném, — a obecnie już nie wątpimy, że i zeszyt IV i ostatni niezadługo się ukaże, — to tém więcéj ubolewać należy, że mąż, któremu pracę tę zawdzięczamy, legł przedwcześnie w grobie i nie doczekał się uznania, którego lekarze polscy mu nie szczędzą. Najtrwalszy pomnik postawiła mu zaprawdę własna żona; ona to bowiem prowadzi daléj wydawnictwo i jéj to głównie mamy zawdzięczyć, że materyjały przez nieboszczyka zebrane nie marnieją, lecz w krótkim stosunkowo czasie złożą się na piękny wieniec dla niego. Ale téż pani Lucyna Kośmińska nie po raz pierwszy zasługuje się medycynie polskiéj; wszakże Towarzystwo lekarskie warszawskie już przed kilku laty poczuło się do miłego obowiązku podziękowania p. Kośmińskiéj za bezinteresowną pomoc, udzieloną swemu mężowi śród porządkowania biblijoteki Towarzystwa i ułożenia katalogu. A gdy obecnie po raz wtóry nie szczędzi pracy i kosztów, aby urzeczywistnić zamiar męża, gdy tym sposobem znów nieocenioną oddaje usługę piśmiennictwu i medycynie polskiéj, może nie ubliżymy jéj skromności, gdy wymienimy jéj nazwisko, aby potomność obok śp. Stanisława zachowała w wdzięcznéj pamięci i imię godnéj jego małżonki.

Zeszyt III mieści w sobie życiorysy i prace lekarzy polskich od litery M — S (10 arkuszy druku); o zaletach jego rozwodzić się nie potrzebujemy; są one te same, które podnosiliśmy w pierwszych dwóch zeszytach.

Równocześnie dowiadujemy się z *Gazety Lekarskiéj*, że świeżo opuściły w Warszawie prasę dwa znakomite dzieła, a

mianowicie Cohnheima Odczyty z patologii ogólnéj i Jaccouda Wykład patologii szczegółowéj w tłumaczeniu polskiém, sporządzoném przez koll. Fabiana, Markiewicza, Poznańskiego, Hewelkiego, Jawdyńskiego, Nussbauma, Stockmanna, Grosssterna, Dobrskiego, Rejchmanna i Dunina. Praca ta olbrzymia (258 arkuszy druku) dokonaną została w ciągu jednego roku, co w każdym razie świadczy o nadzwyczajnéj pilności i punktualności kolegów warszawskich. *Gazeta Lekarska* oceniwszy znaczenie tych dwóch dzieł i podniosłszy zasługi tłumaczów odzywa się w końcu jak następuje:

„A teraz do Was szanowni Czytelnicy się zwracamy! Gazeta Lekarska wydała z nie małym nakładem i trudem Farmakologiję prof. Nothnagla i Rossbacha, pracę oryginalną o chorobach serca Dra Widmana, wkrótce wyda psychijatryję oryginalnie opracowaną przez znanego specyjalistę Dra Rothego. Towarzystwo krakowskie ciągle również wzbogaca naszą literaturę swemi wydawnictwami. Obecnie nowe grono wydawców, nie szczędząc zachodu i kapitału, obdarza nas pracą ogromnych rozmiarów, pracą, mającą być początkiem dalszego wydawnictwa. Pracy więc nie szczędzimy, zysków materyjalnych nie chcemy; ani my bowiem, ani owe drugie grono nie po to puszczamy w świat nasze wydawnictwa. Czyż ogół lekarzy okaże się obojętnym na nasze trudy? Czyż pozwoli zalegać owym dziełom półki księgarskie? Czyż nie zechce raczéj czynem pokazać, że ceni dążenia nasze i w ogóle wszystkich tych, którzy się starają o wzbogacenie naszéj krajowéj, tak biednéj literatury lekarskiéj. Mamy niepłonną nadzieję, że szanowni Koledzy szczerze dopomożecie w zbieraniu cegiełek, z których późniéj może jednak jakiś świetniejszy gmach powstanie".

Pragniemy żywo, aby odezwa ta nie pozostała głosem na puszczy. Narzekania, że brak dzieł fachowych w języku ojczystym zmusza do kupowania dzieł niemieckich lub francuskich, po części już są bezpodstawne, a staną się niemi w zupełności, jeżeli wydawnictwa polskie będą miały odbyt taki — jak czeskie. Powodzenie jednéj książki zachęci do wydania drugiéj, bo na chętnych do pracy u nas nie brak.

* Otrzymaliśmy zeszyty 11 i 12 (arkusz 1—9 tomu II) *Biographisches Lexikon*, wychodzącego pod redakcyją Hirscha i Wernicha nakładem Urbana i Schwarzenberga w Wiedniu i Lipsku. W zeszytach tych mieszczą się życiorysy począwszy od Chaveta do Deleuryego. Pomiędzy niemi napotykamy życiorysy lekarzy polaków: Chojnowskiego, Marcina z Chmielnika prof. bazylejskiego, Piotra z Chotkowa, Chróściewskiego, O'Connora irlandczyka, lekarza przybocznego króla Jana III, Czekierskiego i chirurga Czerwiakowskiego.

* Tumany kurzu czynią niedrożnemi plantacyje nasze, a powracający ze wsi do miasta krztuszą się i wyglądają zlitowania — od deszczu, który daje jednak na siebie czekać. Magistrat snać hołduje teoryi Kocha i starannie unika zwilżenia chodników, gdyż cholera sroży się w Neapolu. Ale czy fetory okropne, bardzo nie mile witające przechodniów na niektórych miejscach plantacyj, także pozostają w zgodzie z teoryją Kocha?

* Dr. Henryk Blumenfeld, krakowianin, egzaminowany fizyk i przez lat kilka sekundaryjusz w oddziałach proff. Obalińskiego, Pareńskiego i Dra Żuławskiego w szpitalu św. Łazarza, opuszcza temi dniami Kraków i przenosi się do Królestwa serbskiego, otrzymawszy nominacyję na naczelnego lekarza kolei serbskiéj z siedzibą w Belgradzie.

* Dr. Ochorowicz, bawiący ciągle w Paryżu, rozpisuje się o istocie cholery w obszernym artykule, który temi dniami pojawił się w *Kuryjerze Warszawskim*. Zestawia on opinije lekarzy francuskich, nie pisze się na teoryję Kocha, a udzielanie się cholery tłumaczy przez zarazę nerwową, przez ideoplastykę, czyli wpływ wyobraźni na ciało, która jest dziedziczną. Że lekarze rzadko zapadają na cholerę, pochodzi to ztąd, że między nimi tylko 4 na 100 jest wrażliwych na wpływy „kataplektyczne i ideoplastyczne", Szanowny badacz zapowiada szereg dalszy artykułów, aby podać wnioski praktyczne. Jeżeli istnieje zaraza nerwowa, w sposób ideoplastyczny powstała, to mocno obawiamy się, że autor padł pierwszy jéj ofiarą.

* Przewodnika gimnastycznego (organu Towarzystwa gimnastycznego „Sokoł", wychodzącego we Lwowie pod redakcyją Dra Tadeusza Żulińskiego) opuścił prasę Nr. 9 z września rb. Treść: Po czeskiéj do Krakowa wycieczce. — W jakiéj mierze szkoła powinna się zajmować wychowywaniem obywatelskiém i w jaki sposób ma to zadanie spełniać. — Zarys ćwiczeń na skoczni (c. d.). — Sprawy lwowskiego towarzystwa gimnastycznego „Sokół". — Kronika.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga czeska.** Zastępca profesora anatomii patolog. Dr. Jarosław Hlava mianowany został profesorem nadzw. tego przedmiotu w Wydziale czeskim. — **Budapeszt.** Docent prywatny Dr. Regéczi mianowany został nadzw. płatnym profesorem fizyjologii. — Docenci prywatni Emeryk Réczey i Koloman Müller otrzymali tytuł i rangę proff. nadzwyczajnych. — **Królewiec.** Docent i asystent przy zakładzie fizyjologicznym Dr. Langendorff mianowany prof. nadzw. — **Tybinga.** Docenci Schleich i Vierordt otrzymali tytuł i rangę proff. nadzw. — **Lipsk.** Jako kandydatów na opróżnioną po Cohnheimie katedrę wymieniają: Klebsa, Rindfleischa, Zieglera, Weigerta i Kocha. Najwięcéj szans atoli mają mieć: Klebs, Ziegler i Koch.

* **Nekrologija.** Umarli prof. Köstlin w Stutgarcie i docent Meissner w Lipsku. — W Marburgu umarł 7 bm. prof. nadzw. i fizyk obwodowy Dr. Horstmann w 68 roku życia.

Warszawa straciła jednego z pierwszorzędnych uczonych i powszechnie poważanych obywateli, Jakóba Natansona, b. profesora b. szkoły głównéj. Urodzony w Warszawie w r. 1832 nauki gimnazyjalne odbył w mieście rodzinném i w Radomiu, uniwersyteckie zaś w Dorpacie, gdzie wyłącznie poświęcał się chemii; na podstawie rozprawy: *Uiber das Acetylamin u. seine Derivate* otrzymał stopień magistra chemii, w r. 1857 i 1858 napisał chemiję organiczną po polsku, w r. 1862 mianowany został profesorem zwyczajnym chemii ogólnéj i organicznéj i posadę tę piastował aż do zwinięcia Szkoły głównéj. Wreszcie ogłosił „Wykład chemii według systemu unitarnego". Niezliczone są jego zasługi obywatelskie; przed niedawnym czasem straciwszy żonę pozostawia teraz córeczkę osieroconą. Cześć pamięci znakomitego uczonego i zacnego obywatela!

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 37: Nenckiego: Poszukiwania nad barwnikiem krwi (dok.); Rosińskiego: O leczeniu rozlanego zapalenia nerek ergotyną. — W *Medycynie* Nr. 37: Zawadzkiego: Notatki sądowolekarskie.

Redakcyja otrzymała:

Prof WECKER: Le traitement jequiritique et ses prétendus dangers. (Odbicie z „Annales d'oculist.") Paris 1884, in 8vo str. 20.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Z zapomogi Kasy pomocy dla osób pracujących na polu naukowém wydane zostały następujące dzieła, których skład główny w księgarni E. Wende i Sp. (Warszawa Krakowskie przedmieście Nr. 9).

T. H. Huxley, Wykład biologii praktycznéj. Przekład A. Wrześniowskiego 1883. Cena rs. 1.

Sprawozdania z piśmiennictwa naukowego polskiego w dziedzinie nauk matematycznych i przyrodniczych. Rok I. Cena rs. 1.

Na rzecz Kasy sprzedaje się:

Boberski W. Powstawanie gór i lądów. Cena 25 kop

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1 ½ „	4 „	6 „

Kraków, 27 września 1884. № 39. Rok XXIII.

I. O skuteczném leczeniu duru brzusznego jodkiem potasu.

Napisał **Dr. Henryk Jeleński** z Działoszyc.

Od czasu napisania i ogłoszenia artykułu mojego o leczeniu duru brzusznego jodkiem potasu, naprzód w *Gazecie Lekarskiéj* z r. 1882, Nr. 2, 3, 4, a nieco późniéj w *Berliner klinische Wochenschrift* z r. 1883, Nr. 11, 12; zebrał się na teraz nowy zapas spostrzeganych téjże materyi przypadków i tak samo leczonych. Otóż podać takowy w dalszym ciągu do wiadomości szan. kolegów czuję się niejako w obowiązku, celem pewniejszego udowodnienia, że doświadczenie moje w tym przedmiocie poprzednio podane, nie wylęgło się bynajmniéj z jakiéjś iluzyi, ale owszem jest racyjonalnie uzasadnione i liczniejszą kazuistyką sprawdzone. Tém chętniéj uczynić mi to wypada, im więcéj przyznanie się w ostatnim czasie gromadnie do teoryi pasorzytniczéj w patologii chorób zakaźnych, a poniewolne choć pomału i jakby oporne opuszczanie terapii, symptomatyczną zwanéj *(antipyresis)*, dotąd tak powszechnie dominującéj, jawnie się zgadza z poglądem, jaki ja w uwagach wzmiankowanéj pracy o tym przedmiocie otwarcie rozwinąłem i na czém całą skuteczność zalecanego środka głównie oparłem. Oprócz tego odezwa o korzyściach leczenia duru brzusznego środkiem, przezemnie zachwalanym i zaleconym, a to zastosowanym w szpitalu na większą skalę, z poważnych pochodząca stron, o czém niżéj nie omieszkam czytelnikom obszerniejszéj udzielić wiadomości, zmusza mnie poniekąd do dalszego traktowania raz podjętego przedmiotu. Oto cel i zachęta do zabrania się mego do pracy i obszerniejszego opisania nowszéj daty spostrzeżeń duru brzusznego, a zarazem do wyłuszczenia w konkluzyi uwag, bezpośrednio i logicznie ztąd dla całéj sprawy wypływających.

Kazuistyka.

1. Ag. Kurnikowa, żona ślusarza, lat 40, dobrze i prawidłowo zbudowana, dzietna, dotąd ciężéj nie chorowała. Dnia 20/11 1881 zasłabła na chorobę gorączkową niewiadoméj natury. Dla bólu głowy postawiła sobie za uszami pijawki, obok tego zażywała *Ol. Ricin.* i siarkan chininu, jednak bez ulgi. Wezwany 26/11 1881, choroby 7go dnia, znalazłem następny stan: Ból i zamęt głowy, brak snu z majaczeniem, kaszel nieżytowy, oskrzelowy, funkcyja trawienia zupełnie zwichniona, śledziona znacznie powiększona, brzuch na dotyk bolesny, zwłaszcza w prawém biodrze i okolicy kątnicy, biegunka 6—7 stolców przez dobę, różyczka durowa gdzieniegdzie, uczucie osłabienia i bezwładności w ruchach w wysokim stopniu. Ciepłota 39·6°, tętno 112 od. 36. Rozpoznano dur brzuszny i polecono: *Kali jodat. 2,0:230,00, Dcti r. alth. 2horio cochleam*; okłady i obmywania zimne, dyjetę pożywną. Dnia 27/11, ch. 8, nic nowego. Dn. 28/11, ch. 9go, obraz choroby niezmieniony, chora narzeka na osłabienie. Ciepłota 40°, tętno 115, od. 40. Przepisano: *Camphor. 0,20:200,0* w emulsyi migdałowéj naprzemian z jodkiem potasu, wino trzy razy dziennie po sporéj łyżce. D. 29/11, ch. 10, wszystko kontynuuje. D. 30/11, ch. 11go, noc nieco spokojniejsza, biegunka wprawdzie zmniejszona, ale osłabienie znaczne, prawie zbliżające się do zapadu. Ciepł. 40°, tętno 120, od. 40, w okolicy krzyżowéj ślady odleżenia, zatém dawki leków zwiększono, *Kali jodat. 3,0* na *230,0* mięszanki ślazowéj; *Camphor. 0,06* z *sacchar. pulv.* Nr. VIII, naprzemian co 2 godziny z jodkiem, obok tego wino, pożywna dyjeta z bulijonu, kawy itp., na krzyże *spirit. camphorat.*; zewnętrznie jak poprzednio. Dnia 1/12, ch. 12, stan nieco lepszy, w nocy spała bez bredzenia, stolec jeden razem z moczem, brzuch niebolesny, zapadły, przytomna, nieco ogłuchnięta, wysypka bledniejc, tylko osłabienie znaczne. Ciepłota 38·8°, tętno 96, leki kontynuuje bez kamfory. D. 2 i 3go grudnia, chor. 13 i 14, biegunka ustała, osłabienie mniejsze. C. 38·0, tętno 90, lek jodowy bierze daléj. D. 4 i 5 grudnia, ch. 15 i 16go, wszystko idzie dobrze. C. 38°, tętno 86, chora z trudem może się jednak podnieść·

Kali jodat. 1,50:200 daléj. Dnia 6, 7 gr., chor. 17 i 18, ozdrowienie następuje bez żadnych następstw; jodku potasu wyżyła 12·0.

2. R. Wdow., podrabinowa, lat 59, dzietna, delikatnie zbudowana, chuderlawa, zachorowała 27/12 1881 na jakąś gorączkę. Dnia 31/12, chor. 5go, wezwany znalazłem *stat. praes.* Silny ból, zawrót i zamęt glowy, bezsenność, szum w uszach, brak apetytu, pragnienie znaczne, boleści i przelewanie się w brzuchu lekko wzdętym w okolicy kątnicy, śledziona powiększona, stolec wolny, kaszel znaczny, plwociny białawe, grube, obfite; przysłuch stwierdza rzężenia głośne obok oddechu słabo pęcherzykowego, wypuk odgłos nieco przytłumiony na plecach od góry. Ciepłota 39·2°, tętno 104, od. 36. Rozpoznano *Bronchotyphus* na pierwszy rzut oka i polecono: *Inf. fol. digital. e. 1,00 ad 200,00* mięszanki *Carbonat. sodae 6,00, 2horio cochl.*, zewnątrz głowę i piersi zimno okładać. D. 1, 2 stycznia 1882, ch. 7go, stan jednaki, lekowanie to samo. D. 3/1, chor. 8, chora osłabiona, biegunka zwiększa się, pojawia się téż różyczka, c. 39·4°, tętno 110, od. 40. Przepisano *Kali jodat. 2,00:200,00 Decti r. Alth. 2horio cochleam.*, pożywna dyjeta. D. 4/1, ch. 9go, kaszle nie wiele, ciepłota jak wczoraj, stolce dwa, jodek potasu daléj, wino 3 razy dziennie po małym kieliszku. D. 5, 6 grudnia, chor. 10, 11, nieco lepiéj. C. 38·8°, tętno 96, od. 36, lek. to samo. D. 7/1, ch. 12go, nic nowego. D. 8/1, ch. 13, obfite poty ze znaczna ulgą dla choréj. C. 38°, t. 86; kaszel nieznaczny, jodek kończy. D. 9, 10 stycznia, chor. 14, 15, zostaje bez leku tylko przy winie i posilnéj dyjecie. W kilka dni późniéj ozdrowienie bez następstw. Jodku potasu wyżyła 10,0.

3. S. Wrocł., lat 21, dobrze zbudowany, zdrów dotąd, żadnych chorób z lat młodszych sobie nie przypomina. Dnia 11/1 1882 zachorował na gorączkę z biegunką. Gdy środki domowe zawodziły, wezwany d. 17/1, chor. 7, znalazłem stan obecny: Ból, zawrót i zamęt głowy z szumem w uszach, snu mało z bredzeniem, trawienie nijakie, kaszel nieznaczny, brzuch lekko wzdęty, bolesny, osobliwie w okolicy biodra prawego i kątnicy, śledziona znacznie powiększona, stolec wolny, moczu na pokaz nie było. C. 38·8°, t. 96, odd. 28; godzina 9ta rano. Rozpoznano poczynający się dur brzuszny i przepisano: *Acidi muriat. dilut. 4,0:230,0* mięszanki ze syropem, co 2 godziny łyżkę stołową, głowę i brzuch zimno okładać. D. 18/1, chor. 8go, noc bezsenna, w dzień majaczenie, wysypka się pokazuje, ciepłota 39°, tętno 100, lek. to samo. D. 19/1, ch. 9, różyczka durowa rozwija się obficiéj, chory czuje się osłabionym, zresztą stan ogólny w niczém niezmieniony. Przepisano: *Kal. jodat. 2,0* na *230,00 Decti r. alth. 2horio cochl.* zewnętrznie jak wyżéj, do tego dyjeta pożywniejsza i wino 3 razy dziennie po łyżce. Dnia 20/1, ch. 10, stan jednaki, lekowanie jak wyżéj. D. 21/1, ch. 11, w nocy nie spał, bredzi, kaszel z plwociną śluzową, stolca nie ma, mocz zawiera nieco białka, wysypka niezmieniona. C. 39°, t. 104, wszystko kontynuuje. D. 22/1, ch. 12, spał nieco lepiéj. C. 39°, t. 100, zresztą bez zmiany. D. 23/1, ch. 13, stan ogólny lepszy, sen się poprawia, nie majaczy, kaszel rzadki, stolec jeden, mocz bez białka. C. 38·6, t. 94, jodek bierze daléj. D. 24/1, chor. 14go, poprawa się utrzymuje. C. 38, t. 86, jodek potasu kończy. D. 25/1, ch. 15go, ciepłota 37·6, tętno 86, pozostaje bez leku tylko przy dyjecie pożywnéj. Niezadługo nastąpiło zupełne ozdrowienie; jodku wyżył 8,0.

4. M. Saul, czeladnik złotniczy, lat 18, delikatnéj budowy ciała, podściółka tłuszczowa bardzo skąpa, jednak nie pamięta, aby kiedy na co chorował. D. 13/2 1882 poczuł zimno z następową gorączką i silnym bólem głowy. Wezwany 21/2, chor. 3go dnia, znalazłem stan obecny: Ból głowy z silnym zawrotem, bezsenność, szum w uszach i dzwonienie, język grubo obłożony, brak łaknienia, znaczne pragnienie, lekki kaszel, dość duża śledziona, brzuch wzdęty, okolica biodrowa prawa przy dotyku bolesna, stolec wolny. C. 39°, t. 104. Te objawy wskazywały początek duru brzusznego, przepisano zatém *Acid. muriat. dil.* 4,0:230,0 mięszanki wody ze syrupem, co 2 godziny łyżkę stołową, zewnętrznie zaś okłady i obmywania zimne. D. 23/2, chor. 5go, chory kaszle sporo i odkrztusza dość obficie, badanie jednak stwierdza tylko nieżyt oskrzelowy. C. 39·2°, t. 108, od. 36; przepisano *Rad. seneg. 8,00 pro infus. 200,0, 2horio cochl. alternat.* z poprzednim lekiem a reszta bez zmian. D. 24/2, chor. 6, nic nowego. D. 25/2, ch. 7go, stan gorszy, snu zupełny brak, majaczy wiele, niespokojny, kaszel wprawdzie zmniejszony ale brzuch dość bolesny przy dotyku, stolec wolny, różyczka wyraźna. C. 39·8°, tętno 110, o godz. 10téj rano przepisano: *Kali jodat. 1,25:230,0 Decti r. alth. 2horio cochl.*, dyjeta pożywna, zewnętrznie wszystko kontynuować. D. 26/2, chor. 8, stan jednaki. Dnia 27/2, chor. 9go, brak snu, bredzenie ciągłe, znaczny upadek sil, stolec jeden wolny, mocz bez białka. C. 40°, tętno 112, jodek potasu 2,0 w mięszance zwykłéj, wino 3 razy dziennie, pożywna dyjeta, reszta jak wczoraj. D. 28/2, chor. 10. Stan niezmieniony, osłabienie bardzo znaczne; przepis. *Camphor.* 0,25:200,0 w emulsyi migdałowéj naprzemian z jodkiem. Dnia 1/3, chor. 11, chory spał nieco spokojniéj, prawie bez bredzenia, stolec zatrzymany. C. 39·4°, t. 110, leki kontynuuje. D. 2, 3/3, ch. 12, 13, okazuje się nieco poprawy; C. 38·8°, t. 98, stolec jeden, bierze jodek bez kamfory. D. 4, 5/3, ch. 14, 15, nic ma co notować. C. 38°, t. 90, pozostaje bez leku. D. 6, 7 marca, chor. 16, 17, następuje okres ozdrowienia bez żadnego zakłócenia. C. 37, t. 76, jodku wyżył 8,0.

5. S. Pulka, złotnik, towarzysz co dopiero opisanego, lat 21, dobrze zbudowany, dotąd dość zdrów, twarz dziubata zdradza przebycie ospy rodziméj w wieku dziecięcym. D. 22/3 1882 rozchorował się na gorączkę z biegunką. Zaraził się oczywiście przy troskliwém pielęgnowaniu swego przyjaciela, pracującego w tym samym warsztacie. Dnia 27/3, chor. 6, wezwany znalazłem chorego w tém samém łóżku, które poprzedni chory durowy dopiero opuścił. Stan obecny okazal co do głowy, płuc, brzucha w całym komplecie objawy widoczne duru brzusznego z ciepłotą 39·2° tętno 110, przepisano *acid. muriat. dil. 4,0:230,0* mięszanki *2horio cochl.*, zewnętrznie zimne okłady i obmywania. D. 28/3, chor. 7, stan jednaki, wszystko kontynuuje. D. 29/3, chor. 8, choroba nie dobry obrót bierze, obok bowiem duru z wyraźną różyczką, C. 39·6°, t. 116 [1]), zjawiła się w gardle błonica *(diphtheritis)*. W całém gardle ból znaczny, łykanie nawet płynów bardzo utrudnione. Badanie stwierdza silne zaczerwienienie i obrzmienie błony śluzowéj całéj paszczy, zacząwszy od miękkiego podniebienia, języczek, migdały i połyk pokryte naciekiem błoniastym, koloru szarego; mowa bardzo niewyraźna, mocno nosowa. Przepisano: *Kali jodat.* 2,0:200,0 płynu, *omni hora cochl.*, zaś *Acid. carbol.*, *Trae jodi āā 0,5*; *Spirit. vini rectf.*, *Glycerini āā 4,00* co 3 godziny regularnie przez całą dobę do pędzlowania gardła, *Kali chlor.* 8,0:250,0

[1]) Ciepłota i stan ogólny chorych podawane są przy wizycie rannéj około godz. 9éj.

płynu do płukania, obok tego częste łykanie lodu kawałkami, wino i dyjeta mleczna D. 30/3, ch. 9, nie ma zmiany. C. 40°, t. 116, wszystko kontynuuje. D. 31/3, chor. 10, nic się nie ma ku poprawie, znaczny ubytek sił, dodano *Camphor.* 0,3:200,0 płynu, naprzemian z jodkiem zażywać. Inne środki zewnętrzne i wewnętrzne te same. Dnia 1/4, chor. 11, nic nowego, wszystko *in statu quo.* D. 2/4, chor. 12, stan chorego nieco lepszy, cały naciek błonicowy w paszczy ustąpił, błony śluzowe znacznie zbladły, mowa też lepsza, również łykanie, sen spokojniejszy bez bredzenia, stolec się reguluje, mocz zawiera nieco białka. C. 39·2°, t. 100, jodek i wino bez kamfory daléj, dyjeta pożywniejsza, okłady zimne usunięto, obmywania pozostają. D. 3, 4 kwietnia, chor. 13, 14, poprawa jest stanowcza. C. 38·1°, t. 92, jodek potasu i wino daléj bierze. D. 5/4, chor. 15, polepszenie zupełne, gardło dobrze wygląda. C. 38°, t. 90, jodek daléj. D. 6/4, chor. 16, stan coraz lepszy, wszystko idzie należycie. D. 7 i 8, chor. 17 i 18, okres ozdrowienia po tak ciężkiém powikłaniu nadspodziewanie prawidłowo następuje; lek usunięty. Niedługo chory wrócił do zupełnego zdrowia, jodku potasu wyżył 16,00. (C. d. n.)

II. Z kliniki chirurgicznej prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

Przyczynki do nauki o wyłuszczeniu wola.

Podług wykładu mianego na Zjeździe poznańskim.

Skreślił Dr. H. Schramm,

asystent kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 38).

Prof. Mikulicz trzymał się aż do ostatnich czasów niejako drogi pośredniéj, przy powiększeniu obu połów gruczołu tarczykowego, wyłuszczał go w całości, przy zajęciu jednéj połowy, ograniczał się do wyjęcia téjże. Gdy jednak doświadczenie pokazało, że na 6 chorych z całkowitém wyłuszczeniem wola 4 razy wystąpiły choroby następowe, mianowicie 3 razy tetania a raz *cachexia strumipriva*, że zaś u 8 innych z częściowém wycięciem gruczołu choroby te dotąd się nie pojawiły ani razu, że pozostawiona część gruczołu u żadnego dotychczas nie była powodem jakichkolwiek zboczeń, gdy nadto na ostatnim Zjeździe chirurgów opisano kilka przypadków bardzo ciężkiéj formy *cachexiae strumiprivae*, która nawet u 2 chorych śmierć sprowadziła, w obec tego prof. Mikulicz przechylił się stanowczo na stronę zwolenników częściowego wyłuszczania wola; np. w przedostatnim przypadku, w którym w obu połowach gruczołu tarczykowego znajdowały się guzy uciskające tchawicę, ograniczył się do wyłuszczenia lewéj połowy gruczołu, z prawéj zaś strony wyłuszczył tylko guz a część niezwyrodniałą gruczołu wraz z tętnicą tarczykową dolną pozostawił nietknięte. — Obawy, aby pozostawiona część miąższu gruczołowego nie sprowadziła jakiego zaburzenia w gojeniu się rany, mianowicie, aby, jak to nadmieniają niektórzy autorowie, nie uległa zgorzeli nie ziściły się i zdaje mi się, że niebezpieczeństwo to da się uniknąć, jeżeli tylko wraz z częścią gruczołu pozostawi się odpowiednią tętnicę i jeżeli postępowanie ściśle przeciwgnilne podczas leczenia zapobiegnie rozwinięciu się w ranie jakiejkolwiek sprawy zapalnéj. Na poparcie tego zdania służyć może i to spostrzeżenie, że przy wyłuszczeniu połowy gruczołu podwiązana część mostka gruczołu nie uległa w żadnym z naszych przypadków zgorzeli i rany goiły się bardzo dobrze *per primam.* Pozostawiona zaś, choćby mała, część gruczołu tarczykowego zapobiega przynajmniéj o ile to można sądzić z dotychczasowych doświadczeń rozwinięciu się wyżéj wspomnianych chorób następowych.

Czy zaś w razach, w których konieczne jest oddalenie całego gruczołu, lepiéj jest wyłuszczyć go naraz, lub jak to poleca Küster częściowo, w pewnych odstępach czasu, o tém nie mogę sądzić z własnego doświadczenia. Być może, że stopniowe wydalanie gruczołu tarczykowego wywrze mniéj szkodliwy wpływ na cały ustrój i że tym sposobem dadzą się ominąć dość niebezpieczne choroby następowe; o tém jednak pouczyć mogą tylko dalsze i dłuższe spostrzeżenia.

Wszystko to, com dopiero co powiedział, odnosi się tylko do wola dobrotliwego, przy nowotworach złośliwych, zwłaszcza przy rakach i mięsakach, stósowniejszém wydaje mi się wyjąć cały gruczoł niż narazić się na pozostawienie części nowotworu a zatém i szybką recydywę, która dla chorego byłaby z pewnością niebezpieczniejszą niż wzmiankowane choroby następowe, które nadto nie w każdym przypadku całkowitego wyłuszczenia wola występują. Oczywiście postępowanie to byłoby jeszcze więcéj wskazane tam, gdzie nowotwór przekroczył już torebkę gruczołu i zajął otaczające tkanki.

Technika operacyjna przy wyłuszczeniu wola została w ostatnich czasach wydoskonalona do wysokiego stopnia, zwłaszcza przez chirurgów niemieckich, tak że wyłuszczenie gruczołu tarczykowego należy dziś do operacyj typowych, bo istniejące małe różnice co do cięcia skórnego nie mają wielkiego znaczenia. Billroth operuje za pomocą jednego cięcia idącego wzdłuż wewnętrznego brzegu mięśnia mostkoobojczykowego téj strony, po któréj gruczoł tarczykowy jest bardziéj powiększony. Rose i Maass prowadzą 2 cięcia w kształcie litery V, Kocher cięcie podłużne w środku szyi, do którego dodaje małe cięcie skośne, inni do odsłonięcia gruczołu używają cięcia środkowego. Zdaje mi się, że kierunek cięcia zależy przeważnie od przyzwyczajenia operatora, a powtóre może być wskazany przez położenie obrzęku. Cięcie używane przez Billrotha wystarcza zupełnie do wyłuszczenia całkowitego wola, jest najodpowiedniejsze przy wyłuszczeniu połowiczém, a ma tę zaletę, że blizna po niém nie jest bardzo szpecącą i oszczędza się przecięcia poprzecznego mięśni. Tego też cięcia używał prof. Mikulicz u 11 swych chorych (6 całkowitych, 5 częściowych wyłuszczeń), tylko u jednéj choréj, u któréj przeważnie powiększony był płat środkowy, użyto cięcia środkowego, u przedostatniego chorego musiano w celu dokładnego dostania się do drugiéj połowy gruczołu dodać do pierwszego cięcia małe cięcie poprzeczne, a u ostatniego cięcie złożone ze skórnego idącego od kąta szczęki dolnéj do chrząstki tarczykowéj a daléj prostopadle ku dołowi. Na przebieg operacyi lub gojenia się rany nie miało to żadnego widocznego wpływu.

Cięcie przechodzi warstwowo przez wszystkie części aż do samego gruczołu, który oddziela się następnie o ile możności tępo od sąsiednich tkanin. — Wszystkie naczynia wchodzące do gruczołu lub zeń wychodzące podwiązuje się osobno i przecina między dwiema podwiązkami; podwiązek *en masse* unika się ile możności, przy górnym tylko płacie zostaje zwykle tętnica i żyła tarczykowa górna ujęta na igłę Dechampsa i razem podwiązane.

We wszystkich przypadkach starano się szczególnie uniknąć nerwu krtaniowego, a w tym celu, po uwolnieniu płatu górnego, odsłaniano nerw dokładnie, zanim przystąpiono do

podwiązania naczyń wchodzących w płat dolny. Przy tém uważano prawie we wszystkich przypadkach szczegół, na który zwrócili uwagę Wölfler i Kocher, że nerw krtaniowy przewija się między dwiema lub nawet trzema gałązkami tętnicy tarczykowéj dolnéj, do któréj przylega bardzo ściśle. Ponieważ więc, jak się zdaje, stósunki te są bardzo częste, konieczne przeto jest odsłonięcie nerwu prawie jak przy ćwiczeniach anatomicznych, podwiązanie osobne gałązek tętnicy i dopiero po zupełném oswobodzeniu nerwu można przystąpić do podwiązania pnia tętnicy i wyłuszczenia wola. Postępowanie to jest zapewne cokolwiek mozolne i zabiera dosyć czasu, chroni jednak od przecięcia nerwu, które jest w każdym razie powikłaniem bardzo nieprzyjemném, gdyż oczywiście pociąga za sobą bezgłos a w jednym przypadku Maassa (*Verhandl. der 56 Versamml. der Aerzte und Naturforscher in Freiburg*) sprowadziło śmierć chorego w skutek porażenia krtani i następowego zapalenia płuc.

Znaczne trudności może sprawiać wyłuszczenie płatu sięgającego głęboko pod mostek, jak to miało miejsce w jednym z opisanych wyżéj przypadków prof. Mikulicza (Nr. 6). Przy wyłuszczeniu takiém należy postępować z podwójną ostrożnością, zwłaszcza jak najstaranniéj i bardzo ostrożnie podwięzywać żyły zwyczajnie mocno rozszerzone, gdyż po przypadkowém ich zranieniu może się do nich dostać powietrze i dać powód do natychmiastowéj śmierci chorego, jak to miało miejsce w przypadku opisanym przez Wölflera (l. c.) Po zupełném odosobnieniu całéj połowy gruczołu oddziela się go od tchawicy, przecinając, najlepiéj nożyczkami, krótkie pasma tkanki łącznéj, przyczém trzeba podwiązać zwyczajnie kilka drobniejszych naczyń, a dalsze postępowanie jest różne według tego, czy mamy zamiar wyłuszczyć cały gruczoł czy téż tylko połowę. W ostatnim razie ugniata się mocno kleszczami mostek gruczołu i w utworzonéj przez to bruzdzie zakłada się mocną podwiązkę, przed którą odcina się uwolnioną część gruczołu. Postępowanie to chroni najpewniéj od krwotoku, część miąższu gruczołowego przed podwiązką nie uległa, jak to już wyżéj wspomniałem, w żadnym przypadku zgorzeli, rana zawsze goiła się *per primam.* W razach całkowitego wyłuszczenia przecinał prof. Mikulicz również część środkową a to w celu ułatwienia dostępu do drugiéj połowy, którą wyłuszczał w ten sam sposób, jak to opisałem wyżéj w jednym przypadku, w którym liczne zrosty, powstałe po wstrzykiwaniach jodu, utrudniały bardzo operacyję, musiano nawet drugą połowę gruczołu wyjąć w dwóch częściach; w dwóch innych wyłuszczono wól *in toto,* bez dzielenia go na części.

Jedynym sposobem zapanowania nad krwotokiem jest podwójne podwięzywanie każdego widocznego naczynia i przecinanie go dopiero między dwiema podwiązkami. Postępowanie to jest żmudne, zwłaszcza że bardzo często wól posiada znaczną ilość rozszerzonych naczyń tak, że ilość potrzebnych podwiązek dochodzić może, jak np. w naszym 3 przypadku, do stu a Fischer (*Mittheilungen aus der chirurg. Klinik in Tübingen* 1883) opisuje 3 przypadki, w których musiano założyć po 120 podwiązek. Sposób ten przedłuża wprawdzie znacznie operacyję, która trwa czasem $1\frac{1}{2}$ do 2 godzin, chroni jednak chorego najpewniej od zbytniéj utraty krwi. Tylko w razie krwotoku miąższowego bądź to z samego gruczołu lub z innéj okolicy rany używano do tamowania krwotoku gazy jodoformowéj, którą przyciskano mocno do miejsca krwawiącego. Sposób ten oddał w kilku razach znakomite usługi, jest on wygodniejszy niż używany zwyczajnie ucisk gąbką, która zabiera więcéj miejsca i przez którą krew łatwiéj przecieka niż przez gazę jodoformową.

W ostatnich czasach podał Baumgärtner na Zjeździe berlińskim niejaką odmianę wyłuszczenia wola. Baumgärtner, który zgadza się z zapatrywaniem Kochera, że wyłuszczenie wola sprowadza następowy zanik ścian tchawicy w skutek upośledzonego dowozu krwi do niéj, a w następstwie pociąga za sobą tak zwaną *cachexia strumipriva,* starał się zapobiedz temu w ten sposób, że oddziela cały gruczoł od sąsiednich tkanin bez podwiązania naczyń tarczykowych, które podwięzuje dopiero na samym końcu i tuż przy wejściu ich do gruczołu. Tym sposobem stara się on uniknąć przecięcia naczyń idących do tchawicy. O ile jednak i czy postępowanie to, bez wątpienia mozolniejsze i dłuższe niż opisany wyżéj zwyczajny sposób wyłuszczania wola, będzie mogło zapobiedz rozwojowi wspomnianéj choroby następowéj, o tém mogą dopiero rozstrzygnąć dalsze doświadczenia.

We wszystkich opisanych wyżéj przypadkach prof. Mikulicza, z wyjątkiem 2, tchawica jak się o tém przekonano podczas operacyi, była ściśniętą z boku na bok, w przypadku 4 i 13 do tego stopnia, że między ścianami jéj pozostawała szpara ledwie na 2—3 mm. szeroka. Zwężenie to dało się w pięciu przypadkach wykazać wziernikiem krtaniowym, w 5 stwierdzono je dopiero podczas operacyi, w 2 zaś, tj. w przypadku 11 i 13, można było przekonać się o niém wprost przez obmacanie tchawicy przez skórę, a to główdie z tego powodu, że mostek gruczołu był nadzwyczaj ściśle rozwinięty.

Mimo tego znacznego zwężenia tchawica była jeszcze zupełnie elastyczna, ani razu nie zauważyliśmy jéj rozmiękczenia, w tém znaczeniu, jak je opisuje Rose.

Duszność podczas operacyi dochodziła u niektórych chorych, zwłaszcza w przypadku 4 i 13, do znacznego stopnia, do usunięcia jéj jednak wystarczyło zawsze odciągnięcie gruczołu na zewnątrz, przez co oddalano od siebie ściany zgniecionéj tchawicy. Tym sposobem udało się uniknąć otwarcia tchawicy, które według zgodnych doświadczeń wszystkich chirurgów wpływa bardzo niekorzystnie na przebieg gojenia się rany.

Po wyłuszczeniu wola duszność ustawała sama, zwłaszcza gdy chory ocucił się zupełnie z uśpienia chloroformowego. Wprawdzie Kocher (*Centralbl. für Chir.* 1883, Nr. 41) opisuje przypadek, w którym po wyłuszczeniu wola ściany tchawicy zapadały się przy każdym wdechu i musiano je trzymać w oddaleniu od siebie za pomocą szwu odpowiednio założonego; w naszych przypadkach było to zupełnie zbyteczne, gdyż zupełnie utrzymana elastyczność chrząstek wystarczała do utrzymania tchawicy otworem. Po dokończeniu operacyi, dokładném zatamowaniu krwotoku i przemyciu rany 5% karbolem zakładano w najgłębsze zaułki rany 2 lub 3 sączki i zespajano ranę za pomocą 4 lub 5 szwów płytkowych, kilku węzełkowych głębszych i szwu kuśnierskiego.—Linię szwu przysypywano lekko jodoformem, pokrywano kilkoma warstwami gazy jodoformowéj i zakładano opatrunek z waty, późniéj z workiem z trocinami lub mchu torfowego w ten sposób, aby wywrzeć jednostajny ucisk na całą ranę i umożebnić dokładne przyleganie powierzchni rannych do siebie. W celu unieruchomienia szyi zakładano nadto opaskę krochmalną obejmującą głowę, szyję i piersi.

Oczywiście wszystkich chorych operowano w narkozie i zdaje mi się, że wykonywanie operacyi téj bez uśpienia lub tylko przy znieczuleniu miejscowém, jak to radzi Reverdin (l. c.), jest niepotrzebném dręczeniem chorych, tém bardziéj że postępowanie to nie przedstawia żadnych korzyści. Być może, że u chorego nieuśpionego duszność podczas operacyi będzie mniejsza, jednak i po uśpieniu chorego można przy odpowiedniéj uwadze i stósownem postępowaniu zapobiedz zbyt wielkiéj duszności i uchronić się od otwarcia tchawicy, natomiast nie ulega wątpliwości, że na chorym uśpionym można wykonać operacyję daleko swobodniéj i dokładniéj, niż na nieuśpionym, a nieużywanie narkozy nie chroni téż od wystąpienia chorób następowych, gdyż właśnie jeden z chorych Reverdina, u którego wystąpiła po operacyi ciężka tetania, operowany był bez uśpienia. Postępowanie tak przy operacyi jak i podczas badania było oczywiście ściśle przeciwgnilne; o znakomitym wpływie tego postępowania świadczą najlepiéj niepomyślne wyniki, tam gdzie antyseptyki nie można było ściśle zastósować, jak np. po otwarciu tchawicy, lub przypadki, w których operowano bez zachowania zasad leczenia przeciwgnilnego. Wszak Zander (*Wracz* 1883, Nr. 32) przekonany, że antyseptyka przy ranach na szyi nie da się przeprowadzić, na sześciu operowanych stracił jednego z powodu tężca, u dwóch innych wystąpiły groźne krwotoki następowe, prawdopodobnie w skutek ropienia w ranie (Dok. nast.)

III. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Skreślił Prof. Dr. Blumenstok.

XIII.

Pęknięcie czaszki. Smierć z zadławienia czy utopienia.

(Dokończenie. Patrz Nr. 38).

Ponieważ w zdaniu znawców okazały się sprzeczności, więc Sąd w myśl § 126 ustawy o p. k. postanowił zasiągnąć zdania Wydziału lek. i w tym celu przesyłając akta śledcze oraz buławkę wystosował następujące pytania:

1) Co było w danym przypadku najbliższą przyczyną śmierci Wasyla A. i co tę przyczynę wywołało?

2) Czy sprawdzone obrażenia zadane były zmarłemu czynem osoby drugiéj i w jaki sposób? w szczególności jakiém narzędziem uszkodzono czaszkę, a jakim małżowinę uszną, czy tém narzędziem mogła być buławka (kijanka) przesłana?

3) Czy te obrażenia, t. j. pęknięcie czaszki i rana małżowiny usznéj prawéj, mogły być zadane zmarłemu jednem uderzeniem lub powtórzone innem i czy pęknięcie czaszki było bezwarunkowe śmiertelne?

4) Czy wrzucenie do wody nastąpiło za życia lub téż po śmierci?

5) Czy można wykluczyć śmierć przez utopienie, względnie uduszenie, zwłaszcza, gdy jeden ze znawców przypuszcza, że zmarły dostał się do wody za życia, co przyspieszyło jego śmierć, — drugi zaś wyklucza tę okoliczność, a przypuszcza przyspieszenie śmierci przez uduszenie?

6) Wreszcie czy można sprawdzić przez znawców, czy krew na buławce jest ludzką lub zwierzęcą i z jakiego czasu może pochodzić?

Orzeczenie Wydziału lek. opiewało jak następuje:

Co do 1go: Najbliższą przyczyną śmierci Wasyla A. było uduszenie; przemawiają za niém:

a) Krew płynna;

b) wynaczynionki podopłucnowe;

c) obrzęk płuc.

Uduszenie w danym przypadku mogło powstać albo w skutek dostania się Wasyla A. do wody albo w skutek zatkania ust i nosa. Za ostatniém przemawiać się zdają ślady obrażenia znalezione na nosie i licach, powstałe za życia; za pierwszém przemawia więcéj obfita ilość piany znaleziona w płucach, oskrzelach i tchawicy. Uduszenia przez zatkanie ust i nosa stanowczo wykluczyć nie można, a to ze względu na wspomnione ślady obrażenia, które choć nie są wybitnemi i typowemi, to przecież zasługuje na uwagę okoliczność, że u człowieka ubezwładnionego skutkiem poprzedniego obrażenia głowy a zatém nie stawiającego oporu lub przynajmniéj do skutecznéj obrony niezdolnego nie potrzeba użycia wielkiego gwałtu, aby wywołać uduszenie, a tém samém i ślady zewnętrzne mogą być mniéj uderzającemi. Jednak prawdopodobniejszém jest uduszenie we wodzie, albowiem jeżeli nie przypuścimy, że wielka ilość płynu pienistego, znalezionego w drogach oddechowych Wasyla A., pochodziła ze środka ciało otaczającego, to przypuścić musimy koniecznie, że tak znaczny obrzęk płucny dowodzi względnie dłuższego konania a wyklucza uduszenie szybkie. Jeżeli uwzględnimy, że odległość od miejsca na polu, gdzie znaleziono ślady krwi, gdzie więc Wasyl A. doznał był uszkodzenia głowy, aż do miejsca w rzece, gdzie znaleziono jego zwłoki, wynosi 200 sążni, więc czas potrzebny do zawleczenia rannego do rzeki a następnie pobytu jego w rzece był wystarczającym do wywołania tak znacznego obrzęku. Z drugiéj strony atoli mógłby obrzęk ten powstać także, jeżeli zatkanie ust i nosa nastąpiło w jakiś czas po obrażeniu głowy, a więc np. po zawleczeniu Wasyla A. nad rzekę; obrażenie zaś na licach znalezione powstały najprawdopodobniéj skutkiem wleczenia Wasyla A. jeszcze żyjącego.

Co do 2go: Obrażenie głowy zadane zostało Wasylowi A. przez osobę drugą, przez uderzenie silne narzędziem twardém, krawędziastém, a przesłana Wydziałowi kijanka (buławka) była narzędziem całkiem odpowiedniém do wywołania podobnego uszkodzenia.

Co do 3go: Obrażenia czaszki i małżowiny usznéj prawéj mogły powstać przez uderzenie jednorazowe, a okoliczność, że znaleziono rany tak na przodkowéj jako i na tylnéj płaszczyźnie małżowiny usznéj prawéj, wcale przeciw temu przypuszczeniu nie przemawia, albowiem w skutek uderzenia silnego zadanego kijanką w przodkową płaszczyznę małżowiny mogły powstać pęknięcia równocześnie tak po stronie przodkowéj jako i tylnéj, z powodu że po za małżowiną znajduje się podstawa twarda, kostna (wyrostek sutkowy), a równoległy przebieg obu ran oraz postać rany tylnéj przemawiają nawet za równoczesném powstaniem obydwóch ran. Pęknięcie czaszki było uszkodzeniem cielesném ciężkiém, połączoném z niebezpieczeństwem dla życia, ale nie było bezwarunkowo śmiertelném, ponieważ z wyjątkiem kilku wybroczyn w prawym płacie móżdżka żadnych innych następstw na razie nie pociągnęło za sobą. Prawdopodobnie obrażenie to byłoby śmierć wywołało, ale możności wyzdrowienia wykluczyć nie można.

Co do 4go: Z powodów wyżéj wyłuszczonych orzeka więc Wydział lekarski, że śmierć Wasyla A. nastąpiła z udu-

szenia, najprawdopodobniéj we wodzie, dokąd poprzednio ciężko w głowę obrażony i ubezwładniony zawleczony został; że więc wrzucenie do wody nastąpiło najprawdopodobniéj za życia.

Co do 5go: Z tego, co się powiedziało, wynika, że śmierci przez utopienie, względnie przez uduszenie, żadną miarą wykluczyć nie można.

Co do 6go: Sprawdzenie, czy plama znajdująca się na buławce pochodzi ze krwi ludzkiéj lub zwierzęcéj i z jakiego czasu, obecnie jest niemożebném.

Smierć gwałtowna w przypadku niniejszym nie podlegała żadnéj wątpliwości. Gdy jednak znaleziono dwa szeregi zmian, z których każdy w szczególności mógłby przyczynę śmierci tłumaczyć, wypadało zastanowić się nad pierwszeństwem przyczyn śmierci (*prioritas causarum mortis*), czyli oznaczyć przyczynę bezpośrednią, jak tego wymaga ustawa karna, a co w niektórych sprawach może mieć wielkie znaczenie praktyczne. Znawcy pierwsi zbłądzili wtéj mierze, zgodnie oświadczywszy na wstępie, że przyczyną śmierci było pęknięcie czaszki i wylew krwi do jamy czaszkowéj, a następnie dowodząc, że utopienie lub zadławienie przyspieszyło śmierć, która byłaby w krótkim czasie nastąpiła w skutek obrażenia czaszki. Był to błąd może więcéj loiczny aniżeli przedmiotowy, ale zanadto stanowczém było twierdzenie, jakoby obrażenie głowy musiało śmierć wywołać, albowiem prócz pęknięcia czaszki i kilku wybroczyn w móżdżku sekcyja nie wykazała innych zmian, a możebność odzyskania zdrowia pomimo takiego obrażenia żadną miarą wykluczyć się nie daje. Właściwego zaś wylewu krwi do jamy czaszkowéj znawcy nic dowiedli, albowiem „liczne punkty krwawe“ na rozkroju mózgu oraz „znaczna ilość krwi ciemnéj“ na podstawie czaszki przy każdéj prawie sekcyi znaleść można. Co do narzędzia, za pomocą którego obrażenie głowy zadano, nie było już zgody pomiędzy znawcami, a jednak rzeczą było jasną, że obrażenie zadane zostało narzędziem tępém, a nie ostrém, skoro wywołało i pęknięcie czaszki, a rana na przodkowéj płaszczyźnie małżowiny usznéj miała tylko 1 cm. długości, podczas gdy równolegle do niéj przebiegała dłuższa rana na płaszczyźnie tylnéj, co wszystko przemawiało za tém, że obie rany na małżowinie i pęknięcie czaszki powstały w skutek jednorazowego uderzenia narzędziem tępém, dość ciężkiém, a brzegi równe ran tłumaczą się w sposób prosty podstawą twardą w okolicy ugodzonéj. Nie tylko w téj mierze, ale i co do dostania się do wody za życia po doznaném obrażeniu głowy Wydział zgodzić się musiał ze zdaniem pierwszego znawcy, uwzględniwszy wszystkie okoliczności, w orzeczeniu powyższém przytoczone. Orzeczenie jednak Wydziału podane zostało nie z bezwzględną pewnością, a to z prostéj przyczyny, że odróżnienie śmierci z utonięcia od zadławienia wtedy tylko jest możebném, jeżeli istnieją charakterystyczne ślady palców na szyi, które przemawiają za dławieniem, a i wtedy jeszcze nie ma dowodu stanowczego, bo zdarzyć się przecież może, że ktoś dławiony rzeczywiście za życia dostaje się żyjący do wody i w niéj dopiero umiera. Jeżeli zaś zmiany zewnętrzne nie są wcale wybitnemi, jak w przypadku niniejszym, to już żadną miarą śmierci z utonięcia od śmierci z zadławienia rozróżnić nie można na mocy samych zmian wewnętrznych. Mylą się pod tym względem lekarze sądowi mniéj doświadczeni, przypuszczając, że istnieją jakieś zmiany charakterystyczne śmierci z uduszenia, a co większa, że nawet obraz jest odmienny w miarę, czy uszkodzenie nastąpiło z utonięcia lub zadławienia. Rozpoznanie anatomiczne śmierci z uduszenia jest niestety najsłabszą stroną dyjagnostyki sądowolekarskiéj, a ślepe przysięganie na wartość cech, podawanych w podręcznikach, może pociągnąć za sobą zgubne następstwa. Rozpoznanie ściśle śmierci z uduszenia tylko w przypadkach rzadszych jest możebne i to tylko po wykluczeniu innych przyczyn śmierci, a drobiazgowe uwzględnianie szczegółów pobocznych, jak np. że twarz nie była powalana ziemią, że w ustach trupa nie znaleziono wody i piasku, już wcale nie ma podstawy, boć trudno spodziewać się, aby twarz była ziemią powalana u trupa, który przez kilkanaście godzin przynajmniéj leżał we wodzie, a u ludzi notoryjnie utonionych nie tylko woda i piasek w jamie ustnéj rzadko się znajduje, ale częstokroć oględziny wewnętrzne nie rzucają żadnego światła na przyczynę śmierci.

IV. Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie z konferencyi o cholerze. Dyskusyja

w państwowym Urzędzie zdrowia w Berlinie w d. 29 lipca br podał Dr. Schaitter.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 37).

Pytanie 6te, nad którém się obecnie zastanawiano, brzmi:

6) Czy przyrzut może wtargnąć do organizmu inną drogą, czy téż tylko przez przewód pokarmowy?

Pytanie to poddał Koch dyskusyi głównie z tego powodu, że Pettenkofer twierdzi, że przyrzut może się dostać do organizmu także przez oddychanie, a więc za pośrednictwem płuc. Virchow dodaje, że P. nie twierdzi „także,“ lecz „wyłącznie“ i wyklucza wszelką inną drogę zakażenia. Już w sprawozdaniu swojém objawił K., że nie wyklucza możliwości wtargnienia przyrzutu drogą przewodu oddechowego, jestto jednak możliwe jedynie na wielkiéj przestrzeni i to tylko wśród wyjątkowych warunków. Za regułę uważać należy, że przyrzut nie dostaje się drogą powietrzną, wyjątkowém jednak być może np. położenie, w jakiém znajdują się mieszkańcy pewnéj dzielnicy w Aleksandryi. W mieście tém spływają nieczystości z kloak do nowego portu, treść kloak miesza się z wodą morską, która też w tém miejscu jest zanieczyszczona. Stojąc na brzegu widzi się, że część téj zanieczyszczonéj wody bywa rozpyloną w skutek prądu morskiego. Rozpylanie odbywa się na taki rozmiar, że K. stojąc przez przeciąg pięciu minut musiał ścierać wodę z okularów, gdyż kropelki przeszkadzały mu w widzeniu. Wśród takich okoliczności łatwo zdarzyć się może, że kropelki rozpylone, zawierające prątki w skutek domieszki nieczystości kloacznych, uniesione prądem wiatru opadną na pokarmy w mieszkaniach nadbrzeżnych lub dostaną się do pierwszych dróg oddechowych, a ztamtąd do przewodu pokarmowego. Jestto jedyny znany dotąd sposób, za pomocą którego mogą się prątki z powietrzem przenieść, a okoliczność, że w domach przybrzeżnych stojących w pobliżu ujść kloak w Aleksandryi wydarzyło się dosyć przypadków cholery, przemawia za trafnością tego zapatrywania.

Leyden wspomina, że stosunkowo często zapadają na cholerę ludzie trudniący się przenoszeniem umarłych, przypuszcza tedy, że zarażenie się przez powietrze jest zapewne możliwém, jednak na niewielkie odległości. Nie można wprawdzie w tych przypadkach wykluczyć zarażenia się

innym sposobem, uderzyć jednak musi częstość tych przypadków i zdaje się, że przemawia ona za obecnością prątków w powietrzu, otaczającém chorych i zmarłych. L. nie twierdzi wcale, jakoby tutaj zakażenie miało się odbyć za pośrednictwem płuc, gdyż za pośrednictwem jamy ust zakażenie może również nastąpić. Zdaniem Skrzeczki być może, że wśród posuchy mogą się prątki dostać do jamy ust, a zakażenie nastąpić drogą przewodu pokarmowego. Prątki uniesione wiatrem może właśnie co przyschły i nie utraciły jeszcze swéj siły zakaźnéj, jak te, które przenoszone bywają wśród kropelek rozpylonéj wody.

Na wywody Leydena odpowiada Koch, że dziwném byłoby, gdyby tylko ludzie zajmujący się noszeniem zwłok mieli zapadać na cholerę; gdyby zakażenie szerzyło się takim sposobem, powinniby stosunkowo znacznie częściéj zapadać na cholerę lekarze i posługacze szpitalni, którzy mają częściéj sposobność stykania się z powietrzem otaczającém chorych. Leyden przytacza, że posługacze zapadają rzeczywiście nader często, a lekarze nie stykają się z chorymi przez tak długi przeciąg czasu. Koch nie spostrzegł stosunkowo częstszych przypadków cholery pomiędzy lekarzami i posługaczami szpitalnymi; ludzie ci są przyzwyczajeni do częstego mycia się, a jedynie przeciw kurzowi nie mieliby zasłony, przenoszący zmarłych narażają się zaś na niebezpieczeństwo, gdy wchodzą do mieszkań zmarłych, zanieczyszczają sobie ręce i jedzą nie umywszy się przedtém. Zawsze tedy w tych przypadkach prawdopodobniejszém jest zakażenie za pośrednictwem rąk zanieczyszczonych, aniżeli za pośrednictwem pyłu unoszącego się w powietrzu; gdyby pył posiadał istotnie siłę zakaźną, musiałyby się zdarzać znacznie liczniejsze przypadki bezpośredniego zakażenia się, jak to bywa w innych chorobach zakaźnych, np. w durze osutkowym, płonicy i odrze. Przeciw przypuszczeniu, że powietrze może zawierać prątki w zawieszeniu, przemawiają wszystkie doświadczenia uzyskane dotąd w tym kierunku, prątki nie mogą się unieść z cieczy, jeżeli sama ciecz nie jest rozpyloną. Jeżeli zaś płyn wyschnie a pozostałość zaschła zamieni się w pył, to prątki znajdujące się pierwotnie w płynie giną bezpowrotnie; gdyby zaś rzecz tak się nie miała, byłoby zarażenie się bezpośrednie, np. chorych w téj saméj sali, nader częstém, gdyż bardzo wiele odchodów chorych na cholerę ulega zaschnięciu na bieliźnie, pościeli itp., a następnie w pył się zmienia. Co do przeniesienia przyrzutu za pośrednictwem osób zdrowych, to domyślać się należy, że tu weszło w grę przeniesienie za pomocą potraw lub napojów, które ktoś przyniósł lub przysłał do domu znajomych, albo że oni przebyli już poprzednio lekkie objawy cholery, do czego jednak wagi należytéj nie przywiązywali.

Do pytania: Czy przyrzut reprodukuje się wśród organizmu ludzkiego, lub czy to odbywa się gdzieindziéj np. w ziemi, a człowiek służy jedynie za nośnik? dodał Virchow ze swéj strony zapytanie: czy przewód pokarmowy człowieka jest szczególnie korzystném miejscem dla rozwoju prątka?

W odpowiedzi przedstawił Koch, że do rozwoju prątka trzeba w jelicie wolnego tlenu albo przynajmniéj takich połączeń, któreby przyrzutowi tlenu dostarczać mogły. W jelicie żyją one w wielkiéj ilości, skoro im się jednak powietrze odejmie, przestają żyć i róść, a pod tym względem podobne są do innych rodzajów prątków, znajdujących się w jelicie, np. do *oidium lactis*, które również potrzebują tlenu i żyć przestają w kwasie węglowym.

Wolffhügel uważa dyskusyję nad tym tematem jeszcze za przedwczesną, gdyż niektóre kwestyje połączone z tém pytaniem są jeszcze za mało poznane, aby mogły stanowić przedmiot dyskusyi. Wszyscy powinni być wdzięcznymi Kochowi, że badaniami swemi wytknął drogę następnym pracownikom w tym kierunku. Co się zaś tyczy pytania, czy przyrzut odradza się w ziemi, w jakim stosunku znajduje on się do niéj, czy ziemia powinna być zanieczyszczona, są to wszystko sprawy, których obecnie dla braku studyjów doświadczalnych w tym kierunku z korzyścią poruszać wśród dyskusyi nie można. Z wykładu Kocha dowiedziano się, że przyrzut oddziaływa bardzo na wpływy zewnętrzne, wymaga pewnego zgęszczenia swéj istoty spożywczéj i jest mało odpornym w walce o byt, staczanéj z innemi rodzajami prątków. Dowiedziano się również, że przyrzut ten odkryto już w wodzie do picia, a w przyszłości stanowić to będzie wskazówkę, gdy się będzie rozchodzić o wykazanie czynników etyjologicznych wśród rozbioru wody. Roztrząsając kwestyję szkodliwości wody do picia, błądziły dotąd obie strony, jedni uważali wodę za zawierającą przyrzuty, skoro była zanieczyszczoną pod względem chemicznym, drudzy uważali wodę za wolną od przyrzutów, skoro badana chemicznie nie okazywała zanieczyszczeń. Już w ciągu lat ostatnich wykazywał W., że poszukiwania etyjologiczne nie osiągną rezultatu, dopóki badanie nie będzie skierowane ku wykryciu przyrzutów i poznaniu ich przyrody. Po raz pierwszy właśnie odkryto w wodzie do picia zarazek, który jest notoryjnym sprawcą choroby zakaźnéj, jakkolwiek nie dowiedziono jeszcze, że picie wody z *tank* wywołuje cholerę i nie jest udowodnioném, że prątki dostają się do wody dopiero po wybuchu zarazy. Teraz właśnie jest pora stosowna, aby wszystkie teoryje poddać próbie, teraz rozporządzamy w tym celu większym zapasem sposobów. (Dok. nast.)

Virchow: **O metaplazyi.** (Według wykładu mianego na Kongresie lekarskim międzynarodowym w Kopenhadze).

W pierwszéj połowie bieżącego stulecia zapatrywania lekarzy na sprawy życia były oparte na podstawie czysto chemicznéj. Wyobrażano sobie, że życie jest przywiązane do pewnych składników zawartych we krwi, które przechodząc w stalsze formy, tworzyły tkaniny. To zdanie podzielał jeszcze Schwann i jak wiadomo jego teoryja komórkowa brzmiała: wszystkie kształty organiczne, których wyrazem najprostszym jest komórka, powstają jakby przez krystalizacyję z substancyj organiczno-chemicznych, stanowiących pewien rodzaj ługu krystalicznego.

W patologii starał się zastósować jak najskrupulatniéj ową teoryję Rokitański. Rozmaitość form i przebiegu pojedyńczych chorób znalazły swoje usprawiedliwienie w plastycznéj i aplastycznéj materyi; lecz ważniejszym jeszcze był wpływ téj teoryi na fizyjologiję, według któréj w krwi, a mianowicie w cieczy międzykomórkowéj téjże, którą Schultz dla tego nazwał *plasma*, szukano pierwotnego źródła wszelkich spraw twórczych i odżywczych w ustroju. Według Schultza materyja włóknikowa jest materyjałem, z którego się tworzą i odżywiają wszelkie części ustroju.

Odpowiednio do tych zapatrywań przez długi czas terapija uważała za swoje najważniejsze zadanie regulować odżywienie; ztąd téż tak ceniono pokarmy mięsne, jako zawierające najwięcéj téj wrzekomo włóknikowéj materyi. Dopiero gdy Virchow ugruntował patologiję komórkową na

zasadzie: *omnis cellula e cellula*, nastąpił zupełny rozbrat z dotychczasowemi zapatrywaniami. Lecz i proste rozumowanie naprowadza także na to, że tworzenie i odżywianie nie sąto sprawy identyczne, jakby to właśnie wypadało przypuścić według teoryi Schultza. Odżywianie bowiem jestto proces odbywający się już w istniejącéj komórce, a nie proces, przez który ona dopiero powstaje. Jeżeli zaś z jednéj komórki powstają dwie, to tém samém ginie komórka macierzysta, a więc obok procesu twórczego istnieje proces destruktywny, podczas gdy skutkiem procesu odżywiania jest utrzymanie komórki jako takiéj.

Następnie starał się V. określić pojęcie odżywiania komórki, przyczém zwrócił uwagę na nieporozumienia, jakie powstają w skutek tego, że jedna i ta sama nazwa, np. „przemiana materyi," używaną jest, aby oznaczyć proces zmierzający do odżywiania komórki i całego osobnika. Przemiana materyi a odżywianie nie sąto wcale pojęcia jednoznaczne, bo najprzód przemiana materyi odbywa się także w częściach obumarłych i jeżeli w ciele jaka część obumiera, to wiele substancyj ulega wessaniu i ztąd powstają niekiedy ważne niebezpieczeństwa dla ustroju a z drugiéj strony wchodzi do téj obumarłéj części tyle materyi z krwi i innych cieczy organicznych lub sąsiednich tkanek, że skład jéj ciągle się zmienia, jak to szczególnie się uwydatnia w procesie zwapnienia i w postaci złogów barwikowych w częściach obumarłych wśród żyjącego ustroju. Że tutaj istnieje przemiana materyi lub inaczéj mówiąc wsiąkanie i wysiąkanie, nie ulega wątpliwości.

Powtóre bardzo często przyjmują żyjące tkaniny i oddają napowrót takie części, które nie służą wcale do ich odżywiania, tak np. barwik krwi przechodzi do komórek i zamienia się w nich na hematoidyn, który pozostaje w komórkach, podczas gdy inne części zostają wydalone. W innych razach komórki przyjmują materyje, które po pewnym czasie niezmienione wydzielają, np. komórki przybłonka jelit i komórki wątroby pochłaniają kuleczki tłuszczowe, które potém znów oddają. V. tę ostatnią sprawę i jéj podobne nazywa sprawą przeprowadzania (*Transit-Verkehr*). To przeprowadzanie stanowi część składową odżywiania osobnika, lecz z odżywieniem dotyczących komórek nie ma żadnego związku.

Odżywianie komórek nie odbywa się w ten sposób, żeby materyjał potrzebny do wynagrodzenia zużytych części był doprowadzany z zewnątrz już jako taki, lecz sama komórka przyjmując z cieczy otaczających pewne składniki przerabia je następnie na odpowiedni materyjał tkaninowy i tę czynność komórek nazywamy asymilacyją, na któréj właśnie polega istota odżywiania. I na tym punkcie sprawa odżywiania i tworzenia się komórek stykają się nieco bliżéj, bo jeżeli komórka mięśniowa za pomocą asymilacyi wytwarza z otaczających ją cieczy materyję mięśniową, komórka nerwowa materyję nerwową, to inaczéj można powiedzieć, że komórki przeobrażają substancyję odżywczą na substancyję tkanin. Nie jestto jednak to samo, co nazywamy plastyką, bo pojęcie plastyki ogranicza się do tworzenia nowych elementów tkanin, czyli nowych komórek. Lecz jeżeli ściśle oddzielimy sprawę odżywienia od sprawy tworzenia się komórek, to możemy mieć wątpliwość, do czego zaliczyć wzrost komórek; wątpliwość ta atoli ustaje, jeżeli zważymy, że tą nazwą „wzrost" obejmujemy dwie zupełnie odrębne sprawy; jedna z nich, ta, którą oznaczamy nazwą przerostu (*hypertrophia*), polega na powiększaniu się komórek pod wpływem przyjmowania nowych materyj, które asymilują; podczas gdy t. zw. hyperplasia polega na prawdziwém nowotworzeniu się bądźto komórek samych, bądź też przynajmniéj ich jąder. Pierwsza jest procesem troficznym, tak rośnie np. nerw, druga zaś jest procesem plastycznym, jak np. powiększanie się naczynia krwionośnego. Lecz prócz tego jest jeszcze inna grupa spraw żywotnych, które nie wiadomo do jakiéj kategoryi zaliczyć, a są one bardzo ważne pod względem praktycznym. Z jednéj strony zbliżają się one o tyle do spraw plastycznych, o ile tu nie chodzi tak dalece o utrzymanie pewnych części jak raczéj o organiczne ich przeobrażenie, a więc wytworzenie nowych form tkaninowych a jednak nie są o tyle plastycznemi w zwykłém znaczeniu, że często przytém zupełnie nie powstają nowe elementa; dla tego V. nazwał je przeobrażeniem (metaplazyją), która polega na tém, że komórki pozostają a rodzaj tkanki się zmienia (*Cellularpath.* str. 70, 98). (Dok. nast.)

Prof. Finkler i Doc. Prior: **Badania nad cholerą swojską.**

Właśnie co dopiero rozległa się wiadomość o pojawieniu się cholery azyjatyckiéj w Tulonie i Marsylii, gdy w Bonn zdarzyło się kilka przypadków choroby, przypominającéj swemi objawami bardzo żywo cholerę azyjatycką. Bóle głowy, bardzo silne rozwolnienie, wymioty, gwałtowny zapad sił, *vox cholerica*, skóra zimna, lepka, okryta potem, łatwo dająca się w fałd ująć, bóle w krzyżach, kurcze w łydkach, oto obraz choroby. Ze względu, że wykluczyć można było zetknięcie się z chorymi na cholerę azyjatycką i że chorzy, mimo ciężkich i gwałtownych objawów, wkróce (czasem już tego samego dnia) przychodzili do sił, rozpoznano cholerę swojską (*cholera nostras*).

Finkler i Prior, zajmując się od dłuższego czasu badaniem prątków znachodzących się już to w wydzielinach stolcowych, już też w gnijących płynach, skorzystali z nadarzającéj się im sposobności i zaczęli skrzętnie badać kał chorych na cholerynę. Ponieważ pierwsze wydzieliny stolcowe nie różniły się wiele od zwykłego kału, zwrócono przeto uwagę na późniejsze wydzieliny, które były płynne, jaśniéj zabarwione, a przez domieszkę płatków śluzu miały podobieństwo do wody ryżowéj.

W kale zasuszonym na szkiełku przykrywkowém i zabarwioném w sposób zwykły napotkano ogromną ilość zaczynników (mikrokoków), ułożonych dosyć często po 4 lub 6 w łańcuchy, które ze względu na bardzo małe rozmiary pojedynczych osobników wyglądały jak laseczniki. Ponieważ jednak takie same zaczynniki znachodzili F. i P. także w wodnistych wydzielinach na dur chorych osób, wysnuli przeto wniosek, że wspomniane zaczynniki nie cechują cholery swojskiéj i że w ogólności w wodnistych stolcach może się jedynie tylko ten rodzaj prątków utrzymać.

Następnie badano wcześniejsze wydzieliny stolcowe. Tu znaleziono podobnie jak w każdym prawidłowym kale ogromną ilość zaczynników małych i wielkich, różne rodzaje laseczników, już to cienkie a długie, już też szerokie a krótkie. Nadto napotkano laseczniki podobne w zupełności do laseczników przecinkowych Kocha. Są one krótsze, niż laseczniki gruźlicy, wynoszą bowiem zaledwie $^2/_3$ ich długości, w ogólności zaś są od nich szersze, a niektóre są wyraźnie zakrzywione. Staranne porównanie z preparatami Kocha utwierdziło autorów w ich zdaniu.

Te laseczniki znajdowały się najczęściéj w gniazdach, w sąsiedztwie których brak był innych prątków.

Ze względu jednak, że w niektórych preparatach nie

znachodzono wcale laseczników przecinkowych, powtóre, że zdaniem Kocha wysuszenie zabija laseczniki przecinkowe, a jak wiadomo obumarłe prątki źle się barwią, starano się uniknąć działania wyższéj ciepłoty, już to wlewając stolce do barwy anilinowéj, już téż zasuszając kropelkę kału na wolnem powietrzu. — Wprawdzie laseczniki zabarwiły się blado tylko, ale natomiast nowy obraz odsłonił się skrzętnym badaczom. Spostrzegli wielką liczbę prątków krętych (*Spirillen*). Były one zakrzywione, przynajmniéj 5 razy dłuższe od laseczników, posiadały dosyć znaczną grubość i ścieńczałe końce. Oprócz prątków krętych znachodziły się jeszcze postacie prątków jakby przejściowych między długiemi prątkami krętemi a krótkiemi lasecznikami przecinkowemi. Ten rodzaj prątków krętych spostrzegli autorzy po raz pierwszy, nigdzie bowiem mimo ponownego troskliwego przejrzenia preparatów z wydzielin stolcowych w najróżnorodniejszych chorobach jak niemniéj preparatów z gnijącego moczu i mas śluzowych nie napotkano takich prątków krętych. Okoliczność ta naprowadziła na myśl, że tak laseczniki przecinkowe, jakotéż prątki kręte muszą stanowić właściwą cechę cholery swojskiéj.

W celu hodowania prątków znachodzących się w kale chorych na cholerę swojską, szczepiono maleńkie cząstki kału na mokrém płótnie lub na gotowanych ziemniakach. Okazało się, że w krótkim czasie znikły wszystkie laseczniki a pozostały tylko owe drobne, najprzód opisane zaczynniki i to w ogromnéj ilości. Wyhodowanie laseczników przecinkowych lub prątków krętych nie powiodło się wcale autorom, nim bowiem zdołano odszukać warunki, wśród których ten rodzaj prątków rozwijać się może, zabrakło materyjału do dalszych badań.

Aby rozstrzygnąć, jaki wpływ mieć będą wydzieliny stolcowe na przewód pokarmowy zwierząt, podawali autorzy psom i królikom olejek krotniowy w celu pozbawienia błony śluzowéj zdrowego przybłonka, a skoro tylko wystąpiły objawy nieżytu kiszek, wprowadzano im znaczną ilość kału do żołądka. Psy pożerały czasem same ogromne masy kału, królikom jednak trzeba było kał wprowadzać do żołądka za pomocą zgłębnika. Przy tych doświadczeniach pozostały tak psy jak i króliki zupełnie zdrowemi. Zachodzi teraz pytanie, czy opisane przypadki choroby uważać należy jako cholerę swojską czy też cholerę azyjatycką?

Hirsch i Skrzeczka podają, że co do objawów, choleryna nie różni się wcale od cholery azyjatyckiéj. Może więc cholera swojska występuje także nagminnie? Bergmann zna tylko sporadyczne przypadki choleryny, Hirsch twierdzi, że ta choroba występuje w małych epidemijach, a Virchow również uwydatnia, że cholera swojska zajmuje nie wielkie tylko obszary. Autorzy czują się upoważnieni mówić o epidemii, szerzącéj się z kilku ograniczonych ognisk, popierając swe zdanie poważną liczbą (29) przypadków choroby i równoczesnem pojawieniem się aż 5 przypadków w jednym domu.

Laseczniki przecinkowe i prątki kręte stanowią, jak już wspomniano, zdaniem autorów cechę swoistą choleryny, a podanie Kocha, że w błonie śluzowéj ludzi na cholerę swojską zmarłych nie znalazł laseczników przecinkowych, tłumaczą przypuszczeniem, że z pierwszemi stolcami zostają laseczniki przecinkowe wydalone z błony śluzowéj jelit. Możebną jest rzeczą, że jakkolwiek laseczniki przecinkowe spostrzeżone w cholerze swojskiéj nie różnią się pod względem morfologicznym od laseczników przecinkowych Kocha — to przecież zachodzić może znaczna różnica w ich bijologicznych własnościach. (*Deutsche med. Wochenschr.* Nr. 36, 1884). *Dr. Prus.*

V. JAKÓB NATANSON
b. profesor b. Szkoły Głównéj [1]).

He was a man.
Shak.

W dniu 14tym b. m. ponieśliśmy bolesną, niczém wynagrodzić się niedającą stratę. Po długich i ciężkich cierpieniach zgasł w sile wieku, bo w 52 roku życia, Jakób Natanson, były profesor zwyczajny b. Szkoły Głównéj, pierwszorzędny badacz naukowy, mąż rozległéj wiedzy i prawego serca, osobistość najsympatyczniejsza i ciesząca się bezwyjątkowém poważaniem, w całém tego słowa znaczeczeniu człowiek, którego imie społeczeństwo nasze zawsze ze czcią wspominać będzie.

Urodzony w r. 1832 w Warszawie i pochodzący z rodziny, która oddawa z pożytkiem dla kraju pracuje, już w najmłodszych latach odznaczał się wytrwałością w pracy i szczególniejszém, do namiętności dochodzącém, zamiłowaniem nauki. Miłość nauki, nieustanne nią aż do ostatniéj chwili interesowanie się i ta cześć, jaką jéj oddawał, stanowiły zasadniczy rys indywidualności Jakóba Natansona.

Ukończywszy kursa gimnazyjalne w Radomiu i Warszawie i obrawszy chemiję za główny przedmiot swych studyjów, udał się Natanson na wszechnicę dorpacką, gdzie pod kierunkiem Karola Schmidta, którego był najulubieńszym uczniem, z całym młodzieńczym zapałem oddał się naukowym poszukiwaniom. Młodzieńcem jeszcze będąc, bo w 21ym roku życia, ogłosił Natanson pierwszą swoją na wskróś samoistną pracę „O zasadach organicznych“, która złotym medalem uwieńczoną została, a drugą pracą swoją „*Ueber das Acetylamin und seine Derivate*“ (r. 1856), a jeszcze więcéj otrzymaniem mocznika na drodze sztucznéj, oraz wykazaniem, że ciało to jest amidem kwasu węglowego, zwrócił Natanson na siebie uwagę całego ówczesnego świata naukowego, udokładniwszy stwierdzenie faktu otrzymania ciała organicznego na drodze sztucznéj; bo chociaż Wöhler już w r. 1826 z innych ciał sztucznie mocznik otrzymał, to jednak Natanson pierwszy jego racyjonalny skład i budowę chemiczną wykazał, oraz dowiódł, że ciało organiczne z ciał czysto nieorganicznych otrzymać można. Odbywszy podróż po licznych pracowniach europejskich celem zapoznania się z najnowszemi metodami badania i całym obszarem wiedzy, ogłosił Natanson w r. 1857 i 1858 systematyczne dzieło w dwóch częściach (swemu profesorowi Karolowi Schmidtowi w dowód wdzięczności przypisane) pod tyt.: „Krótki wykład chemii organicznéj ze szczególnym względem na rolnictwo, technologiję i medycynę“, które za najlepsze podówczas dzieło o chemii organicznéj w języku polskim napisane uważać można. Tak ważne prace i samodzielny kierunek dawały Natansonowi wszelkie prawo do zajęcia katedry. Umiano też z jego zdolności skorzystać i powołano go w charakterze zwyczajnego profesora chemii w r. 1862 do istniejącéj podówczas warszawskiéj Szkoły Głównéj. Atoli dla słabości zdrowia, a w szczególności dla niemożności dłuższego i głośnego mówienia, zmuszonym był Natanson, z wielkim

[1]) Dosłowny przedruk z Nru 38 *Medycyny. Red.*

słuchaczy żalem, stanowisko swe opuścić, przesłużywszy w powołaniu nauczycielskiém od r. 1862 do 1865. Zamiłowanie przedmiotu, które umiał w słuchaczy swych przelać, wykład jasny i ścisły, wobec pięknéj, rzec można wytwornéj, polszczyzny, którą za wzór podawano, ściągały mnóstwo słuchaczy, największe zapełniających audytoryja. Z opuszczeniem profesorskiego stanowiska nie zaniedbywał jednakże Natanson naukowéj pracy; owszem, z całą energiją pracował, aby urzeczywistnić powziętą myśl przysłużenia się ojczystemu piśmiennictwu obszerném i wyczerpującém dziełem o chemii organicznéj. Lecz i tu wątłe zdrowie stanęło mu na przeszkodzie dozwoliwszy mu ogłosić drukiem zaledwie część pierwszą dzieła p. t. „Wykład chemii organicznéj według systemu unitarnego“ r. 1866. Jak się z téj części wstępnéj okazuje, było to dzieło na obszerną skalę pomyślane i w sposób wyczerpujący współczesny stan wiedzy przedstawić mające. Prócz naukowego pozostawił Natanson po sobie w dziejach b. Szkoły Głównéj piękne i o zacności jego serca świadczące wspomnienie. Poznawszy bowiem zbliska ciężkie warunki bytu pracującéj młodzieży, całą swoją profesorską pensyję na zapomogi dla niéj obracał. Wprawdzie czcigodny profesor jako człowiek nauki wyjątkowym tylko sposobem nie należał do liczby walczących z potrzebami codziennego życia, i o chleb powszedni troskać się nie potrzebował, jednakże takie zrzeczenie się z jego strony stosunkowo znacznego dochodu, i usilna trzyletnia praca nauczycielska bezinteresownie podjęta do rzędu wysoce obywatelskich czynów zaliczoną być winna. Umiała też młodzież ówczesna jak i w ogóle wszyscy wychowańcy b. Szkoły Głównéj, a z nią i kraj cały, Natansona ocenić i swoje wyrazić mu uznanie. Gdy bowiem uczczenie pamięci b. rektora b. Szkoły Głównéj Mianowskiego postanowioném zostało i grono byłych wychowańców Szkoły wraz z profesorami mając sobie udzielone votum zaufania przez ogół współkolegów, obrady nad urzeczywistnieniem odpowiedniego projektu rozpocząć miało, jednomyślnie, bez żadnéj przedwyborczéj agitacyi, na swego przewodniczącego Jakóba Natansona wybrało. Pod jego téż przewodnictwem została opracowaną znana już dziś ze swéj pożyteczności całemu krajowi ustawa kasy pomocy dla osób pracujących naukowo imienia Mianowskiego, w dniu 30 czerwca 1881 roku zatwierdzona. Ten dowód uznania, który mu cała nasza społeczność naukowa przez b. wychowańców najsympatyczniejszéj w kraju instytucyi złożyła, był najpiękniejszą choć jedyną dla Natansona za położone zasługi nagrodą, zwłaszcza, że urzeczywistnienie projektu kasy mającej na celu wspieranie ludzi naukowo pracujących było jedyném jego marzeniem.

Cierpiący od lat wielu, trapiony nerwobólami i przed niedawnym czasem srogim familijnym dotknięty ciosem, zakończył Natanson życie na rodzinnéj ziemi, nie chcąc nawet dla poratowania zdrowia opuszczać kraju, którego los żywo go obchodził, i dla którego nie tylko na polu naukowém pracował, biorąc czynny udział w komitecie wystaw krajowych, popierając swą kieszenią założenie i rozwój muzeum przemysłowo-rolniczego, bądź téż przewodnicząc licznym instytucyjom podźwignięcie ekonomiczne kraju na celu mającym. „Jestem *glebae adscriptus*“, mawiał Natanson, „inne powietrze nie służyłoby mi, a i szkoda byłoby czasu tracić, gdy w kraju tyle pozostaje jeszcze do zrobienia.“

Tak mówił i działał człowiek, który w nauce i na katedrze, w życiu społeczném i obywatelskiém zajął najzaszczytniejsze stanowisko, oraz powszechną miłość i powszechne uznanie zjednać sobie potrafił.

Cześć mężowi, którego życie całe może być dla innych wzorem, i który w dziejach nauki niespożyte pozostawił ślady. *H. D.*

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* **Cholera** słabnie w Neapolu, zdaje się pod wpływem pokrzepienia ducha mieszkańców przez wizytę królewską i środki podczas jego bytności zarządzone. W Marsylii i Tulonie wygasła prawie w zupełności. Wobec faktu, że zaraza skierowała się przeważnie ku południu oraz wobec zbliżającéj się jesieni coraz większém staje się prawdopodobieństwo, że okolice nasze w roku bieżącym nie potrzebują obawiać się zarazy. Czy przezimuje w krajach południowych lub wygaśnie zupełnie, tego oczywiście przewidzieć niemożna, a tém mniéj, czy się zatai tylko a przed wiosną znów wybuchnie. Według nauki Kocha, nie przypuszczającéj zarodników stałych u prątka przecinkowego, wypadałoby, że cholera nie może się taić. Niedaleka przyszłość pouczy nas może, czy zapatrywanie to jest uzasadnione lub nie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 7—13 września umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 24.5. Z ospy umarło 0 (1 z. t.); z płonicy 2 (1 z. t.); z czerwonki 1 (1 z. t.); z kiły 1 (1 z. t); z róży 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 9 przypadkach płonicy. W tygodniu od 31 sierpnia do 6 września umarło z ospy w Londynie 11, umarło 3, świeżo zapadło 91, w szpitalach leczyło się 560. W Genewie i Brukseli umarło z ospy po 1, w Liwerpolu, Petersburgu i Bombayu po 2, w Pradze i Lizbonie po 4, w Kalkucie 5, w Madrasie 9. Z duru osutkowego umarło w Londynie 1, w Madrycie 3. Z cholery umarło w Kalkucie od 20—27 lipca 9, w Bombayu od 30 lipca do 5 sierpnia 4, w Madrasie od 12 do 18 lipca 1.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 31 sierpnia do 6 września umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 20,0; w Warszawie 42,3; w Poznaniu 21,8; w Wiedniu 22,7; w Berlinie 32,0; w Hamburgu 27,5; w Gdańsku 30,7; we Wrocławiu 35,1; w Mnichowie 33,8; w Dreźnie 26,4; w Lipsku 30,5; w Genewie 21,3; w Hadze 32,0; w Paryżu 19,9; w Londynie 23,9; w Kopenhadze 24,6; w Stokholmie 25,7; w Chrystyjanii 27,3; w Petersburgu 42 3; w Odesie 43,8; w Rzymie 25,8; w Wenecyi 23,1; w Bukareszcie 24,2; w Madrycie 32,1; w Lizbonie 31,5; w Aleksandryi 41,0; w Filadelfii 22,0; w Bombayu 27,5; w Madrasie 32,2.

J. B.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 25 września. Wybrany na rok przyszły rektorem Uniw. Jagiell. prof. Rydel objął urzędowanie i d. 20 bm. udał się do Lwowa na Sejm.

* Prof. Dr. Obaliński wykonał d. 19 bm. w szpitalu św. Łazarza laparotomiję u 23 letniego mężczyzny, dotkniętego skręceniem jelit. Operowany ma się dotąd wybornie, tak że rokować można jak najlepiéj co do zupełnego zdrowia.

* Z źródła pewnego dowiadujemy się, że zacnéj pamięci prof. Jakób Natanson przeznaczył sumę 250,000 rubli na biednych, a pomiędzy innemi 30,000 rubli na korzyść kasy Mianowskiego.

* D. 18 bm. rozpoczął się Zjazd lekarzy i przyrodników niemieckich w Magdeburgu. Jako miejsce przyszłego Zjazdu obrano Strasburg, pomimo, że miasto to zaproszenia nie wystosowało, a pominięto po raz drugi Gmunden. Na pierwszém zebraniu mówił Rosenbach z Gietyngi o mikroorganizmach w chorobach przyrannych i odkrytych przez siebie szczególnych mikrokokach w rozmaitych postaciach chorobowych. — Z lekarzy polskich udał się na Zjazd ten prof. Mikulicz z Krakowa.

* Podczas gdy Wydział lekarski w Lipsku w uznaniu świetnych zasług Kocha zaprasza go na katedrę, osieroconą po największym w Niemczech patologu, Cohnheimie, Dr. Ochorowicz pisze nekrolog dla prątka przecinkowego, dowodząc

sprytnie, że zginął z dyspepsyi logicznéj. Z głowy wielkiego myśliciela lekarza wyskoczyła więc nowa choroba, godna towarzyszka zarazy nerwowéj, ideoplastyki i katapleksyi. W piękném przemówieniu w Berlinie porównał prof. Bergmann Kocha do Ajaksa homerowskiego, — snać Ajaks bez Tersitesa obejść się nie może. Ale wątpliwą nader usługę oddaje szerszéj publiczności pismo codzienne niefachowe, które szerzy zapatrywanie, niemające najmniejszéj podstawy naukowéj, a z nie zwykłą nawet w naszych czasach zarozumiałością przez nielekarza głoszone o najtrudniejszych zagadnieniach czysto lekarskich. *Quousque tandem!*

* Do d. 9 września bawiło w Gleichenbergu osób 4801 (między nimi król Milan z małżonką i synem).

* **Wiadomości uniwersyteckie. Lipsk.** Koch nie przyjął zaproszenia na katedrę anatomii patologicznéj. Prof. nadzw. Flechsig mianowany został prof. zwyczajnym.

* **Odznaczenia.** Naczelny chirurg armii kaukaskiéj Dr. Jan Minkiewicz w Tyflisie otrzymał order Orła Białego, Dr. Zenon Cywiński w Wilnie order Włodzimierza 3éj kl., Dr. Józef Talko w Warszawie order Anny 2éj kl., lekarze wojskowi Drowie Kossowski i Nowosadko w Warszawie św. Stanisława 2éj kl. a Dr. Stanisław Fijałkowski w Dynaburgu tenże order 3éj kl.

* **Wiadomości osobowe.** Dr. Stanisław Polański mianowany został prowizorycznym zwyczajnym profesorem w Zakładzie weterynarskim w Wiedniu. — Starszymi lekarzami w armii czynnéj mianowani zostali Drowie Szymon Rappaport i Antoni Koczorowski.

* **Nekrologija.** D. 23 bm. umarł w Brühl pod Wiedniem prof. Dr. Herman Zeissl, radzca rządowy i b. prymaryjusz w szpitalu powszechnym, licząc lat 68. Był on za młodu sekundaryjuszem Hebry, w r. 1850 habilitował się jako docent prywatny a w r. 1860 mianowany został profesorem nadzw. Zasługi jego w syfilidologii są powszechnie znane. Od lat kilku ciężko chory, prawie zniedołężniały, przed 2 laty zmuszony był przejść na stan spoczynku, przy któréj to sposobności otrzymał szlachectwo austryjackie. Syn jego Dr. Maks. Zeissl jest docentem w wydziale lek. wiedeńskim.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 38: Nekrolog prof. Natansona; Zawadzkiego: Notatki sądowolekarskie (dok.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 38: Malinowskiego: Odma piersiowa prawostronna w przebiegu kokluszu u dziecka; Rosińskiego: O leczeniu rozlanego zapalenia nerek ergotyną (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. W. PODWYSSOTZKI (Sohn): Kefyr, Kaukazisches Gährungsferment u. Getränk aus Kuhmilch. Aus dem Russischen übers. von M. Schulz, St. Petersburg, C. Ricker, 1884, in 8vo str. 73.

Prof. Dr. H. COHN (w Wrocławiu): Tageslicht-Messungen in Schulen. (Osobne odbicie z „D. med. Woch." 1884) in 8vo str. 12.

Piśmiennictwo lekarskie. HUETER C. Grundriss der Chirurgie. 2. Aufl. v. Lossen. 1. Bd. Allgemeiner Thl. Mit 176 Abb. 8. Leipzig, F. C. W. Vogel. M. 10.—(cplt.: M. 35.—.)

JACCOUD. Leçon d'ouverture du cours de clinique médicale. (Nov. 1883.) 8. Paris, Delahaye et Lecr. 75 c.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 4 października 1884. № 40. Rok XXIII.

I. Z kliniki chirurgicznéj prof. Dra Mikulicza w Krakowie.

Przyczynki do nauki o wyłuszczeniu wola.

Podług wykładu mianego na Zjeździe poznańskim.

Skreślił Dr. H. Schramm,

asystent kliniki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 39).

Z pomiędzy 14 chorych, operowanych w klinice prof. Mikulicza, rany we wszystkich zgoiły się bezpośrednio z wyjątkiem u tych, u których prawdopodobnie w skutek przypadkowego zanieczyszczenia drutu przyszło do ograniczonego ropienia w kanale szwu. Natomiast po wyłuszczeniu wola, mimo najstaranniejszego zachowania przepisów antyseptyki i przy najściślejszém wykonaniu operacyi, występować mogą różne objawy chorobowe tak miejscowe jak i ogólne.

Do miejscowych zaliczam trudności w połykaniu, jakie występowały u wszystkich naszych chorych i trwały w rozmaitym stopniu nasilenia przez 2 lub 3 dni po operacyi. Sprawa ta, niemająca zresztą żadnego ważniejszego znaczenia, tłumaczy się poprostu tém, że przy połykaniu porusza się tchawica i ruch ten sprawia w świeżéj ranie ból i utrudnia połykanie, nigdy jednak w takim stopniu, aby potrzeba chorego karmić zgłębnikiem. Na większą uwagę zasługują zmiany w unerwieniu krtani. Z pomiędzy naszych chorych badanie wziernikiem krtaniowym po operacyi wykazało u 3 chorych niedowład jednego z więzadeł głosowych, mimo że u żadnego z nich nerw krtaniowy dolny z pewnością nie został przecięty. Zmiana ta utrzymywała się po operacyi różnie długo, od 7 dni do 14 tygodni, poczém głos wracał do pierwotnéj siły, tylko u 6téj choréj stwierdzono porażenie prawego więzadła jeszcze w 3 miesiące po operacyi. Głos téj choréj bardzo słaby poprawił się znacznie po zastósowaniu prądu elektrycznego na krtań, a mówienie dawniéj dla choréj bardzo męczące stało się już swobodne.

W obec tego, że w tym przypadku nerw krtaniowy nie był przecięty, musimy sobie powyzsze zboczenie tłumaczyć tylko mechaniczném drażnieniem nerwu przy oddzielaniu go od sąsiednich tkanin lub może, jak to przypuszcza Bardeleben (*Verhandl. der deutschen Gesellsch. für Chir.* XII *Congress*), przez działanie nań karbolu.

Daleko większe znaczenie niż to najczęściéj przemijające porażenie więzadeł głosowych ma inna choroba następowa, jaka pojawia się czasem po wyłuszczeniu wola. Jest nią tetanija. Choroba ta, którą jak wiadomo opisał pierwszy Steinheim (1830) a Trousseau, Kussmaul i Erb zbadali dokładnie, już od dawna znaną była internistom. Z początku dopatrywano jéj związku z pewnemi zajęciami, mianowicie miała ona się pojawiać u krawców i szewców. Wkrótce przekonano się jednak o mylności tego zdania, tetaniję spostrzegano u ludzi różnego stanu i wieku, a jako przyczynę jéj obwiniano częste zaziębienie i drażnienie obwodowe, mianowicie zboczenia w przewodzie pokarmowym, w następstwie po chorobach zakaźnych, po zapaleniu nerek, u dzieci podczas ząbkowania, po silnych wzruszeniach umysłowych. Nadto Weiss w rozprawie swéj o tetanii (*Volkmann's Sammlung klin. Vortr.* 189) kładzie nacisk na częste pojawianie się tetanii w pewnych porach roku i epidemiczne jéj występowanie. W najnowszych dopiero czasach przekonano się, że także wyłuszczenie gruczołu tarczykowego może się stać przyczyną tetanii i pierwszy zwrócił uwagę na to Weiss który w wspomnianéj rozprawce opisuje cztery takie przypadki z kliniki Billrotha. Odtąd chorobę tę spostrzegano kilkanaście razy, tak że Weiss w odczycie o tetanii w Towarzystwie lekarskiém wiedeńskiém (*Wiener med. Blätter* 1883) mógł się już oprzeć na 13 przypadkach. Réverdin (l. c.) opisuje z pomiędzy 22 operowanych z powodu wola trzy przypadki. Szumann (*Gazeta Lekarska* 1883, Nr. 52) spostrzegał ją u jednéj choréj, pośród opisanych 14 przypadków z kliniki prof. Mikulicza wystąpiła tetanija 3 razy, zatém liczba znanych mi z literatury przypadków wynosi 20.

Co do wieku chorych, u których po wyłuszczeniu wola rozwinęła się tetanija, były to najczęściéj osoby młode, między 18 a 24 rokiem życia; zgadza się to także z spostrzeżeniami w tetanii z innych przyczyn, która także występuje najczęściéj u ludzi młodych przed 30 rokiem życia, rzadko bardzo u starszych.

Co do płci chorych to z wyjątkiem 2 mężczyzn operowanych w klinice prof. Mikulicza, spostrzegano tetaniję po wyłuszczeniu wola dotychczas tylko u kobiet, dla których więc, jak się zdaje, operacyja ta pod tym przynajmniéj względem jest niebezpieczniejsza, niż dla mężczyzn. Może być jednak, że w obec małéj liczby spostrzeżeń ten niestosunek mężczyzn do kobiet jest rzeczą tylko przypadkową, tym bardziéj, że w tetanii z innych przyczyn płeć nie ma żadnego wpływu na częstość choroby, a nawet u małych chłopców ma się ona pojawiać częściéj niż u dziewcząt. Zresztą trzeba zwrócić uwagę, że u kobiet częściéj operuje się wól niż u mężczyzn, a więc przy uwzględnianiu tetanii następowéj u mężczyzn i kobiet trzeba i to także mieć na uwadze. Że wyłuszczenie wola stoi w związku przyczynowym z następową tetaniją, to nie ulega już żadnéj wątpliwości; jaki jednak jest ten związek, tego jeszcze wytłumaczyć nie możemy. Weiss kładzie nacisk na to, że tetanija występuje po zadrażnieniu narządów obfitujących w nerwy spółczulne i powiada: „o macicy i jelitach jest to wiadomém, a co do gruczołu tarczykowego wobec obfitego unaczynienia prawdopodobném.“ Pomijając już to, że na poparcie tego wpływu zadrażnienia nerwów sympatycznych na tetaniję nie podaje Weiss żadnego ścisłego dowodu, że w obec przypadków, w których po śmierci osób dotkniętych tetaniją znaleziono pewne zmiany w rdzeniu pacierzowym i przedłużonym (Langhals, Weiss) znane są i takie, w których zmian tych nie znaleziono, Eichhorst (*Handbuch der speciellen Pathol. und Therapie*) powiada, że w tetanii zmian anatomicznych, któreby były przyczyną téj nerwicy, prawdopodobnie nie ma, że choroba ta polega jedynie na zboczeniach funkcyjonalnych. W każdym razie zasługuje na uwagę, że z pomiędzy najrozmaitszych zabiegów chirurgicznych jedynie po wyłuszczeniu wola, i to tylko po całkowitém usunięciu tego gruczołu, spostrzegano tetaniję. Ani operacyje na macicy, ani nieraz długotrwałe operacyje na kiszkach i żołądku, ani wyłuszczenie wielkich i często bardzo unaczynionych nowotworów szyi, przy których przecinano grube nerwy, nie wywołują, przynajmniéj o ile mnie wiadomo, tetanii. Również częściowe wyłuszczenia gruczołu tarczykowego, lubo nieraz połączone były z większemi trudnościami i trwały dłużéj niż w innych przypadkach oddalenia całego gruczołu, nie wywoływały tetanii. Tylko u dwóch chorych, u jednéj po wyłuszczeniu prawéj połowy gruczołu (przyp. 11), u drugiego po wyjęciu prawie całego gruczołu i pozostawieniu tylko małego kawałka prawego dolnego płatu (przyp. 13), wystąpiły objawy lekkiego zadrażnienia ustroju nerwowego, jakoby zapowiedzi tetanii, o tyle że po ucisku na pnie nerwowe, u pierwszéj tylko w odnogach górnych, u drugiego także na dolnych, występowały lekkie drgawki w odpowiednich mięśniach. Objawy te utrzymywały się jednak tylko przez kilkanaście godzin, do samoistnych charakterystycznych napadów tetanii nie przyszło całkiem. Zdaje się więc, że gruczoł tarczykowy ma dla całego ustroju dość wielkie znaczenie.

Tetanija po wyłuszczeniu wola występowała zazwyczaj w 2 lub 3 dniu, czasem, np. w naszym 10 przypadku, już w kilka godzin po operacyi. Trwanie jéj i rozmaite nasilenie napadów nie stało w żadnym związku z trwaniem i trudnością operacyi. U dziesiątego z naszych chorych np. operacyja była względnie łatwa, wyłuszczanie gruczołu, którego lewa połowa stanowiła płat tylko bardzo mały, odbyło się bez żadnych trudności, mimo to tetanija u tego chorego była bardzo silna, zajęła nawet mięśnie kadłuba i utrzymywała się przez czas długi, podczas gdy u dwóch innych chorych, u których wyłuszczenie wola było trudniejsze i utrata krwi większa, napady tetanii były krótkie, rzadkie i ustąpiły po kilku dniach bez śladu.

Co do objawów tetanii po wyłuszczeniu wola to nie potrzebuję ich długo opisywać. Są one takie same jak po tetanii z innych przyczyn. Dla nas ważne jest tylko, że tetanija nie wpływa całkiem na przebieg rany, która mimo pojawienia się téj nerwicy może zgoić się *per primam*, jak to miało miejsce u wszystkich trzech chorych prof. Mikulicza.

Mimo to rokować po wystąpieniu tetanii musimy dość ostrożnie, gdyż nie możemy powiedzieć z góry, kiedy napady ustaną i jak się skończą. Znane są bowiem przypadki, że tetanija po wyłuszczeniu wola trwała przez kilka, nawet kilkanaście, miesięcy, a z pomiędzy 20 wspomnianych wyżéj przypadków téj choroby, 8 razy nastąpiło zejście śmiertelne (o 7 przypadkach wspomina Weiss, o jednym Réverdin). Wobec tego więc musimy się z tetaniją liczyć i uważać ją jako jeden z powodów do ograniczenia wskazań do wyłuszczenia wola całkowitego. Leczenie tetanii polega na podawaniu leków nasennych, zwłaszcza chloral oddaje tu znakomite usługi.

Drugą nie mniéj ważną chorobą ogólną, jaką może za sobą pociągnąć całkowite wyłuszczenie wola, są zboczenia w odżywianiu całego ustroju, prowadzące do tak zwanéj *cachexia strumipriva*. Na zboczenie to zwrócił uwagę pierwszy Réverdin (*Revue médicale de la Suisse rom.* 1883 Nr. 4—6) a Kocher na przeszłorocznym Zjeździe chirurgów w Berlinie omówił tę sprawę obszernie. Zboczenie to, uważane dotychczas tylko po całkowitém wyłuszczeniu gruczołu tarczykowego cechuje się ogólném zniedołężnieniem, przytępieniem władz umysłowych, chory staje się ociężały, traci ochotę do pracy, twarz jego staje się obrzmiałą, barwy ziemistéj i przybiera wyraz głupkowaty, właściwy kretynom. Réverdin zauważył w jednym przypadku zboczenia w równowadze ciała, w innym przemijający białkomocz. Przyczyna tych zmian nie jest jeszcze wytłumaczona, nawet tak dalece, że niektórzy chirurgowie zaprzeczają związku między wyłuszczeniem wola a zajmującą nas chorobą. Bardeleben np. przy dyskusyi nad rozprawą Kochera wypowiedział zdanie, że charłactwo to może być tylko dalszym objawem kretynizmu, którego pierwszym zwiastunem było obrzmienie gruczołu tarczykowego, że więc w danym przypadku byłoby się rozwinęło także bez wyłuszczenia wola. Również Wölfler nie wiele przypisywał wagi téj chorobie, opierając się na tém, że z pomiędzy wielu przypadków operowanych w klinice prof. Billrotha nie spostrzegano jéj ani razu. Zdaje się jednak, że ci ostatni nie całkiem mają słusznie. Występowanie choroby w kilka miesięcy po wyłuszczeniu wola, pojawienie się jéj jedynie po wyjęciu całego gruczołu tarczykowego, wreszcie poprawa stanu, spostrzegana u niektórych chorych, przemawiają za tém, że *cachexia strumipriva* jest chorobą samoistną, wywołaną przez wydalenie gruczołu tarczykowego z ustroju. Jaki jest jednak związek między jedną a drugą sprawą, tego dotychczas stanowczo powiedzieć nie możemy. Kocher odnosi zboczenie w odżywianiu całego

ustroju do utrudnionego przystępu powietrza do płuc z powodu zaniku i zwężenia tchawicy, jakie występuje po wyjęciu całego gruczołu tarczykowego, przyczém wiele naczyń idących do tchawicy zostaje przeciętych. Baumgärtner spostrzegł u wszystkich swych 4 chorych w mniejszym lub większym stopniu porażenie rozwieraczy głośni, sprawiające znaczne zwężenie głośni, tak że u dwóch musiano otworzyć tchawicę, poczém objawy charłactwa ustąpiły; u dwóch innych stósowanie prądu elektrycznego przywróciło czynność porażonych mięśni. Na podstawie tych spostrzeżeń odnosi Baumgärtner rozwój *cahexiae strumiprivae* również do utrudnionego przystępu powietrza do płuc, głównie z powodu zmian w unerwieniu krtani, wywołanych przez ucisk kurczącéj się blizny na nerw krtaniowy. Dla tego podał B. wyżéj opisany sposób operowania wola. Przeciwnie Réverdin odnosi rozwój charłactwa do zmian w czynnościach ośrodków nerwowych, wywołanych przez wydalenie gruczołu tarczykowego. Za tém, albo raczéj tylko przeciw zapatrywaniom Kochera i Baumgärtnera, przemawia spostrzeżenie Königa (*Verhandl. der deutsch. Gesellschaft für Chir.* XVII Congress), który u chłopca cierpiącego na znaczną duszność po wyłuszczeniu wola, wykonał tracheotomiję, tak że przystęp powietrza do płuc był zupełnie swobodny i dostateczny. Mimo to *cachexia* rozwinęła się w całéj pełni. — U naszego wyżéj opisanego chorego (Nr. 9) nie było żadnych objawów zwężenia tchawicy lub krtani. Głos był czysty, oddech swobodny. Więzadła głosowe prawidłowo ruchome, tchawica, którą można było wymacać przez skórę, była elastyczna, a zgniecenie z boku na bok, bardzo wybitne śród operacyi, wyrównało się prawie zupełnie, tak że nie było żadnych danych, aby u tego chorego przystęp powietrza do płuc był utrudniony, a mimo to *cachexia strumipriva* była bardzo wybitna. Jeżeli zważymy nadto, że wyjęcie całego gruczołu tarczykowego wywołać może znaczne zmiany w czynnościach ośrodków nerwowych, jak o tém świadczy pojawienie się tetanii, stwierdzone niejako najnowszemi doświadczeniami J. Wagnera (*Wiener med. Presse* 1884, Nr. 25) na królikach, to możnaby nabrać przekonania, że na wytępienie charłactwa po wyłuszczeniu całego gruczołu tarczykowego mają główny wpływ zmiany w ośrodkach nerwowych. Wykazać zaś, jakie są te zmiany, dla czego występują nie zawsze po wyłuszczeniu wola, dla czego u jednych chorych ustępują, u innych potęgują się coraz bardziéj, słowem wynaleźć istotę tego szczególnego charłactwa i znaleźć sposób zapobiegania jego wystąpieniu, to musi być rzeczą dopiero dalszych doświadczeń.

II. O skuteczném leczeniu duru brzusznego jodkiem potasu.

Napisał **Dr. Henryk Jeleński** z Działoszyc.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 39).

6. M. Okarmus, szewc, lat 18, dobrze i prawidłowo zbudowany, nie przypomina sobie żadnych przebytych chorób. D. 2/4 1882 r. zachorował na gorączkę, przeplataną częstemi dreszczykami obok bólu głowy, lecz czekał bez porady do 5/4, chor. 4. Wtedy wezwany znalazłem *status praes.*: Silny ból głowy z zawrotem przy wszelkim ruchu, szum w uszach, brak snu i jakieś odurzenie, brak łaknienia, pragnienie nieugaszone, kaszel rzadki, śledziona powiększona, bolesna przy ucisku, okolica kątnicy wrażliwa, biegunka 4—5 stolców przez dzień. C. 39·2°, t. 108, odd. 36. Rozpoznano początek duru brzusznego i przepisano: *Acid. muriat. dil.* 2,0:200,0 mięszanki, *2horio cochl.*, *externe* zimne okłady, jak zwykle. D. 6/4, chor. 5go, stan jednaki. D. 7/4, chor. 6go, zmiany nie wiele. C. 39·4°, t. 110, lek. kontynuuje. D. 8/4, chor. 7, noc bezsenna z ciągłém bredzeniem, biegunka nie zmniejsza się, mocz zawiera nieco białka, ogólne osłabienie. C. 39·6°, t. 110. Przepisano *Kali jodat.* 2,00:230,0 mięszanki ślazowéj *2horio cochl.*; zewnętrznie jak dawniéj. D. 9/4, chor. 8go, różyczka się pojawiła, zresztą bez zmiany, lekowanie to samo. D. 10/4, chor. 9, noc bezsenna z majaczeniem, znaczny niepokój, osłabienie, wysypka obfita, stolce dwa. C. 39·8°, t. 116; przepisano: *Camph.* 0,20:200,0 w emulsyi migdałowéj naprzemian z jodkiem, wino i posilne pożywienie. D. 11, 12 kwietnia, chor. 10, 11, stan jednaki, chory zażywa sam jodek bez kamfory. D. 13, 14 kwietnia sen nieco lepszy, bredzi lecz nie wiele, stolca nie było, mocz bez białka. C. 39°, t. 100, jodek, wino, okłady daléj. Dnia 15/4, chor. 14, chory ma się lepiéj. C. 38·4°, t. 90. D. 16/4, chor. 15, jodek kończy a zresztą wszystko dobrze. W kilka dni późniéj chory pokrzepiony wstał i bez następstw wyzdrowiał; jodku wyżył 12,00.

7. M. Rodzenek, kramarz na wsi, lat 37, szczupłéj budowy, z wywiadów niczego się dowiedzieć nie można, prócz że dnia 5/4 1882 zasłabł na jakąś gorączkę. Na wsi zamieszkały szukał domorodnych środków leczenia, atoli bez skutku. Do miasta przyjechał dopiero 14/4, chor. 9, przy badaniu znalazłem stan obecny ze zwykłemi objawami duru brzusznego w zupełnym rozwoju. Nie brakło ani obfitéj różyczki, ani biegunki, do 6 stolców przez dzień; moczu nie było na pokaz. C. 39·4°, t. 110. Przepisano *Kali jodat.* 2,0:230,0 *Dti rad. alth. 2horio cochl.*, zimne okłady i obmywania, pożywna dyjeta. D. 15/4, chor. 10, zmiany żadnéj, lek bierze daléj. D. 16/4, chor. 11, stolców mniéj, inne oznaki bez zmiany. C. 39·2°, t. 106, bierze lek jodowy i wino. D. 17/4, chor. 12, niema poprawy, majaczy wiele i narzeka bardzo na osłabienie. C. 39·4°, t. 108. Przepisano *Camph.* 0,6 na proszek i takich proszków ośm naprzemian z jodkiem a reszta ordynacyi jak dawniéj. D. 18, 19 kwietnia, chor. 13, 14, nieco poprawy, biegunka ustaje, c. 39°, t. 100, wszystko kontynuuje. D. 20/4, chor. 15go, chory czuje się lepiéj, sen spokojniejszy, mało bredzi, biegunki nie ma, c. 38·8°, t. 100, bierze sam jodek, dyjeta posilna. D. 21, 22 kwietnia, chor. 16, 17, objawy chorobowe po kolei ustępują. C. 38°, t. 86, zostawiam chorego bez lekarstw. D. 23, 24 kwietnia ozdrowienie prawidłowe, jodku wyżyto 14,0.

8. G. Winiarzowa, szklarka, zamężna, dzietna, lat 46, od kilku lat nie miesiączkuje, budowy szczupłéj i delikatnéj. D. 10/5 1882, zasłabła na chorobę gorączkową. Wezwany 18/5, chor. 3go, znalazłem wszystkie objawy co do głowy, płuc i trzew brzusznych z ciepłotą 39·2°, t. 104, zwiastujące dur brzuszny, więc przepisałem *Acid. muriat. dil.* 4,0:230,0 mięszanki *2horio cochl.*, głowę zaś i brzuch zimno okładać zaleciłem. D. 19/5, chor. 4go stan jednaki, lek powtórzyć poleciłem. D. 20/5, chor. 5go, noc niespokojna z bredzeniem, ból i zamęt głowy się zwiększa, różyczka zaczyna się pojawiać, stolec częsty, wolny. C. 39·4°, t. 108. Przepisano *Kali jod.* 2,0:230,0 mięszanki ślazowéj, *2horio cochl.* zewnętrzne środki daléj. D. 21/5, chor. 6, chora ma się gorzéj, użala się na bolesne uczucie w okolicy prawego biodra przy odzywającém się przelewaniu nawet bez ucisku na brzuch, wysypka obfita, osłabienie wyraźne, stolec tylko nieco skąpszy,

w moczu nieco białka. C. 39·6°, t. 110; całe lekowanie kontynuuje. D. 22/5, chor. 7, chory nie czuje się lepiéj. C. 39·8°, t. 112; dawkę jodku zwiększam do 3,00 i wino trzy razy dziennie. D. 23/5, chor. 8go, sen z bredzeniem, wysypka obfita, stolec jeden, mocz z białkiem, upadek sił znaczny. C. 40°, t. 118. *Kali jod.* 4,0:230,00; *Camphor.* 0,06 *c. Sacchar.* w proszkach Nr. VIII naprzemian z jodkiem co 2 godziny, wino, pożywna dyjeta, zewnętrzne środki jak dotąd. D. 24/5, chor. 9, sen nieco spokojniejszy, stolce dwa, mocz z białkiem; c. 39·6°, t. 110, bierze wszystko daléj. D. 25/5, chor. 10, c. 39°, t. 104, kontynuuje sam jodek. D. 26/5, chor. 11go, nastaje poprawa, sen lepszy, mało majaczy, stolec zatrzymany, mocz bez białka. C. 38·8, t. 100, bierze jodek i wino. D. 27/5, chor. 12, nic nowego, stan ogólny coraz się polepsza. D. 28/5, chor. 13go, poprawa jawna nastaje. C. 38°, t. 92, wysypka znika, jodek bierze bez przerwy, środki zewnętrzne usunięto. Dnia 29/5, chor. 14go, c. 37·8, t. 86, zostaje bez leku. D. 30/5, chor. 15go, stan bezgorączkowy utrzymuje się a przy właściwém zachowaniu się chora dość rychło wróciła do ostatecznego zdrowia. Jodku potasu wyżyła 14,0.

9. El. Pil. przy rodzicach, lat 18, młodzieniec dobrze zbudowany, dotąd się zdrowo chował. D. 6/6 1882 zaczął chorować, a 8/6, chor. 3go, wezwany znalazłem: mocny ból i zawrót głowy, szum i dzwonienie w uszach, o funkcyi trawienia ani mowy, pragnienie wielkie, nieżyt oskrzelowy, stolec wolny, śledziona powiększona, w okolicy prawego biodra przykre uczucie przy dotyku. C. 39·6°, t. 110. Rozpoczynający się d u r b r z u s z n y. Przepisałem *Acid. muriat. dil.* 2,0:200,0 mięszanki *2horio cochl.*, zewnętrzne okłady i obmywania zimne jak zwykle. D. 9, 10 czerwca, chor. 4, 5, stan nieszczególny, snu brak, majaczy. C. 39·8, t. 115, leki i okłady daléj. D. 11/6, ch. 6, nic nowego. D. 12/6, chor. 7go, zjawia się wysypka durowa, chory bardzo niespokojny, ruchy jego jakby drgawkowe, mimowolne, lekka biegunka, mocz białkowaty, snu nie ma, wiele majaczy. C. 40°, t. 118, lekowanie daléj, mianowicie zalecam pilnie robić zewnętrzne okłady i obmywania a wewnętrznie podawać jodek pot. 2,0:200,0. D. 13, 14 czerwca, ch. 8, 9, stan taki sam, wszystko kontynuuje z dodatkiem wina dwa razy dziennie. D. 15/6, ch. 10, nic do zanotowania. D. 16/6, ch. 11, pogorszenie ważne, albowiem pomimowolna ruchliwość chorego, niby drgawkowa, zamieniła się na tężcowe wyprężenie i zesztywnienie, osobliwie odnóg górnych, na pytania niechętnie ale dość przytomnie odpowiada, snu brak, majaczy często, nie żąda niczego i nie użala się na nic, stolca nie było, mocz zawsze z białkiem, c. 40°, t. 120, przepisałem *Kali jodat.* 3,00:200,00 płynu, kąpiel ciepłą o 28°R. przez pół godziny czasu z okładem zimnym na głowę i późniejszém wycieraniem karku oraz pleców zimną wodą, wino 3 razy dziennie po łyżce oraz pożywna dyjeta. D. 17/6, chor. 12, chory ma się nieco lepiéj, spał w nocy chwilami bez bredzenia, jest przytomniejszy, stolec jeden, mocz zawiera mało białka. C. 39·4°, t. 110, owo zesztywnienie odnóg górnych wprawdzie znacznie mniejsze, lecz przeniosło się toż zjawisko chorobowe na odnogi dolne, dla tego polecam podobną kąpiel jak wczoraj, samo zaś leczenie dalsze bez zmiany. D. 18, 19 czerwca, chor. 13, 14, poprawa wyraźna, sen dłuższy i spokojniejszy i to godzinami, objawy nerwowe zupełnie przycichły, ruchy chorego swobodne i dowolne. C. 38·8, t. 104, jodek i wino daléj, zewnętrzne środki usunięto. D. 20/6, chor. 15go, nic nowego, wszystko idzie dobrze. C. 38°, t. 94. Daléj do 24/6, chor. 19, stan ku lepszemu się poprawił, ozdrowienie zupełne bez żadnych następstw, mimo tak ważnego powikłania, nastąpiło prawidłowo. Jodku wyżyto 12,0.

10. Ch. Szl. Silb., kupiec, l. 59, delikatnie i szczupło zbudowany, niskiego wzrostu. Wywiady nic szczególnego nie wykrywają. Choroba obecna datuje się od 23/6 1882. Wezwany 28/6, chor. 3go, znajduję: ból głowy z zawrotem, szumem i dzwonieniem w uszach, brak snu, trawienie nijakie, pragnienie spore, kaszel nieżytowy, zresztą w płucach nic, śledziona znacznie powiększona, w brzuchu lekko wzdętym przelewanie się płynu, rozwolnienie. C. 39°, t. 102. Rozp. początek duru brzusznego, przepisano zatém *Acid. muriat. dil.*, 4,0:230,0 mięszanki, *2horio cochl.*, na głowę zimne okłady. D. 26/6, chor. 5, chory niespokojny, z łóżka ciągle wstaje, usiłując przechodzić się, bo mu wszędzie niedogodnie, dużo gada, kaszle więcéj, stolec wolny, mocz bez białka. C. 39·4°, t. 106, lek kontynuuje z dodatkiem *Inf. r. seneg.* (z 8,0:200,0) naprzemian z poprzednim, zimne okłady, dyjeta lekka, pożywna. D. 27, i 28/6, ch. 6 i 7go nic nowego. C. 39·6°, t. 110, D. 29, 30/6, ch. 8, 9, wysypka durowa, bezsenność z majaczeniem, stolec wolny 4 razy dziennie, mocz ze śladem białka, znaczny brak sił, już z łóżka wstać nie może. C. 39·8°, t. 112, przepis. *Kal. jodat.* 2,0:200 jak zwykle, wino malaga 3 razy dziennie po kieliszku, dyjeta posilna, zewnętrznie jak dotąd. D. 1, 2/7, ch. 10, 11go, stan choroby bez zmiany. D. 3/7, chor. 12, chory ma się nieco lepiéj, sen chwilami bez bredzenia, kaszle nie wiele, stolec zatrzymany, mocz bez białka. C. 38·8°, t. 109, wszystko kontynuuje. D. 4 i 5/7, ch. 13 i 14, poprawa postępuje. C. 38°, t. 90, lek jeszcze bierze. D. 6/7, ch. 15, nic do zanotowania. C. 37·8, t. 86, jodek kończy. D. 7, 8/7 nastaje ozdrowienie prawidłowe. Jodku wyżył 12,0.

11. Ch. Edelist, chłopiec 9-letni, delikatnie zbudowany, przebył dawniéj odrę z następowym, długotrwałym nieżytem oskrzelowym, niedawno zaś nieżyt jelitowy. Obecnie zaczął chorować 24/7 1882 na jakąś gorączkę. Po zawodzie ze strony środków domowych zostałem wezwany 30/7, ch. 7go, i znalazłem stan obecny choroby chłopca wcale poważny, ból głowy znaczny z bezsennością, bredzeniem, częstém zrywaniem się, zwłaszcza przy zamknięciu ócz niby do snu, brak łaknienia, język grubo mułem białawym obłożony, brzuch wzdęty, bolesny przy dotyku, osobliwie w prawém biodrze z dużą, bolesną, łatwo wymacalną śledzioną, nieżyt oskrzelowy, stolec wolny, osłabienie znaczne. C. 39·8°, t. 120, nerwowych lub drgawkowych ruchów brak. Rozpoznawszy d u r b r z u s z n y, przepisałem *Kal. jodat.* 1,0:150,0 zwykłéj mięszanki z siemienia lnianego *2horio semicochl. mensal.*, na brzuch i głowę zimne okłady, dyjeta pożywna. D. 31/7, ch. 8go, stan jednaki; dodano jeszcze wina czerwonego 3 razy dziennie po łyżeczce. D. 1/8, ch. 9, nic nowego. D. 2/8, ch. 10, chłopiec nieco spokojniejszy, w nocy spał chwilami bez bredzenia, stolec wolny. C. 39·4°, t. 110, wszystko kontynuuje. D. 3, 4/8, ch. 11, 12, sen lepszy, nie bredzi, nie zrywa się, zresztą nic nowego. C. 39°, t. 104, lek bierze daléj. D. 5, 6/8, ch. 13, 14, chory ze wszech miar ma się lepiéj, domaga się posiłku. C. 38·7°, t. 100, jodek kończy. D. 7/8, ch. 15, wszystko się dobrze przedstawia. C. 37·6°, tętno 86, pozostaje bez leku. Przy stosownéj i dobréj dyjecie niedługo powraca do zdrowia, wyżywszy jodku 6,00.

12. I. Sw., l. 14, dobrze i prawidłowo zbudowany, dość dotąd zdrów, zasłabł 30/7 1882 na chorobę gorączkową. D. 31/7, ch. 2, znalazłem chorego z silnym bólem głowy i zawrotem, przykrym szumem w uszach i bezsennością, lek-

kim kaszlem, mocno nadwerężoną czynnością trawienia, albowiem język grubo obłożony, częste odbijanie, brak łaknienia, pragnienie znaczne, stolec wolny, w brzuchu przelewanie się, śledziona powiększona. C. 39·6°, t. 110. Stan taki zwiastował początek duru brzusznego, przepisałem zatém *Acid. muriat. dil.* 2,0:230 słodzonéj wody, *2horio cochl.*, na głowę zimne okłady i zachowanie się odpowiedne. D. 1/8, ch. 3, nic do nadmienienia, również w ciągu dwóch dni następnych; lek kontynuuje. D. 4/8, chor. 6, choroba się rozwija, noc bezsenna, chory majaczy, brzuch już za lekkim dotykiem bolesny, głównie w okolicy biodra prawego, biegunka do 5 wypróżnień wodnistych na dobę, różyczka wyraźna, znaczne osłabienie. C. 40°, t. 116, przepisano *Kali jodat.* 2,0:200,00 *Dti r. alth.*, *2horio cochl.* zewnętrznie okłady i obmywanie zimne daléj, oraz dyjeta pożywna. D. 5/8, ch. 7, stan jednaki; wszystko kontynuuje. D. 6/8, ch. 8go, spał nieco choć z bredzeniem, stolce dwa. C. 39·6°, t. 112, lekowanie to samo. D. 7, 8/8, chor. 9, 10, chory spokojniejszy. C. 39·2°, t. 104. D. 9, 10/8, ch. 11, 12, stan się nieco poprawia, chory spał bez majaczenia, stolec zatrzymany. C. 38·8°, t. 100, lek bierze. D. 11, 12/8, ch. 13, 14, nic do zanotowania. C. 38°, t. 90, jodek kończy. D. 13/8, ch. 15, wszystko dobrze idzie. W kilka dni późniéj wyzdrowiał bez następstw, wyżywszy jodku potasu 5,00. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie z konferencyi o cholerze. Dyskusyja

w państwowym Urzędzie zdrowia w Berlinie w d. 29 lipca br. podał Dr. Schaitter.

(Dokończenie. Patrz Nr. 39).

Następujące trzy pytania poddano równocześnie dyskusyi:

1) Czy rozwlekanie przyrzutu przypisać należy wyłącznie pośrednictwu ludzi?

2) Czy rozwlekanie na odległe przestrzenie odbywa się przez okręty, towary, listy, czy téż przez ludzi zdrowych lub już zakażonych?

3) Jakie są nośniki przyrzutu na bliskich przestrzeniach: czy zwłoki osób zmarłych z cholery, czy przedmioty zanieczyszczone, bielizna, pokarmy, woda, powietrze lub owady?

Skrzeczka dowodzi, że te 3 pytania pozostają w ścisłym związku ze sprawą ważną w praktyce, a mianowicie z przewozem starych szmat i używanych sukien. Sam S. żywi przekonanie, zgodnie z poglądem Kocha, że możliwém jest, ażeby szmaty i stare suknie pośredniczyły w przeniesieniu przyrzutu. Jakkolwiek dowiedziono, że przez suszenie niszczy się prątki i ich rozwój, to jednak nie określono dotąd dokładnie, jakiém ma być owo wysuszenie, czy np. powietrze zimne a wilgotne tak samo może sprowadzić ów pożądany stopień wysuszenia, jak powietrze suche i ciepłe. Wobec tego jest wielce prawdopodobném, że stare szmaty i suknie mogą, pomimo względnéj suchości, być znakomitą kryjówką dla prątków i to nawet przez dłuższy przeciąg czasu. Według własnych wywodów Kocha widać, że badacz ten przypuszcza przetrwanie prątków w bieliźnie i sukniach, gdyż przedmioty owe mogą być w stanie wilgotnym spakowane i zatrzymać w sobie przyrzut skuteczny. Szmaty wysyła się całemi wagonami, ale dotąd nie było słychać o postępowaniu, któreby miało na celu dokładne wysuszenie tych przedmiotów. Skoro się zważy, że szmaty zanim zostaną spakowane leżą w składach i to w wilgotnych piwnicach, że tym sposobem przedmiot, na którym się znajdują odchody choleryczuych, pozostaje w warunkach jak najkorzystniejszych dla utrzymania żywotności przyrzutu, może nawet sprzyjających krzewieniu i mnożeniu się, że następnie po szczelném opakowaniu w duże toboły wilgoć tém dłużéj utrzymywać się może, nie można wcale wykluczyć możliwości przewleczenia tym sposobem przyrzutu na dosyć znaczne przestrzenie.

Koch nie może z własnego doświadczenia przytoczyć ani jednego przypadku bez zarzutu, w którymby można było stwierdzić przewleczenie zarazy tym sposobem. Gdy wśród dawniejszych epidemij nie przywięzywano do przewozu szmat tak wielkiéj wagi, musiałoby się takie przewleczenie dosyć często wydarzać. Sprawę tę poruszano na Zjazdach w Wiedniu i Konstantynopolu a nikt nie mógł tam przytoczyć przypadku przewleczenia zarazy tą drogą, żeby np. w fabrykach papieru wśród przerabiania szmat cholera wybuchła. Z tego wypada wnosić, że przerabianie szmat jest czynnością tego rodzaju, że niszczy przyrzut. Zresztą do przewozu szmat nie należy tak wielkiéj wagi przywięzywać wobec okoliczności, że ludziom pozornie zdrowym dozwala się przekraczać granicę swobodnie. Prawdopodobieństwo przeniesienia cholery za pośrednictwem szmat jest nader małém wobec prawdopodobieństwa przeniesienia téj zarazy za pośrednictwem ludzi.

Wśród następujących przemówień Wolffhügla, Eulenburga i Virchowa zastanawiano się nad możliwością przeniesienia zarazy za pomocą szmat, dyskusyja jednak nie doprowadziła do stanowczego załatwienia sprawy. Z kwestyj mogących mieć znaczenie dla szerszych kół poruszono sprawę wody studziennéj a na zapytanie Virchowa odpowiedział Koch, że prątki przecinkowe giną dosyć szybko w wodzie czystéj; nie giną wprawdzie natychmiast, lecz po kilku dniach ale wśród tego czasu nie mnożą się.

Resztę pytań:

Czy potrzeba osobniczego usposobienia, aby prątki mogły szkodzić?

Jak długim jest okres wylęgania?

Czy przebycie cholery chroni od powtórnego zapadnięcia? i

Czy działanie prątków uważać należy za rodzaj zatrucia?

pozostawiono na razie w zawieszeniu aż do czasu, gdy dokładniejsze badania dadzą więcéj podstaw do dyskusyi. Członkowie konferencyi powodowali się okolicznością, że do zabierania głosu nad temi pytaniami musi badanie wykazać jeszcze liczne szczegóły dotąd nieznane, zresztą nie mają one na razie tak wielkiego znaczenia w praktyce.

Nicati i Rietsch: O przeszczepianiu prątka cholery na zwierzęta.

Semaine médicale z dnia 18 z. m. zawiera wiadomość, że lekarzom marsylskim N. i R. udało się po dłuższych usiłowaniach przeszczepić prątek przecinkowy na zwierzęta z rezultatem dodatnim, czego dotąd nie dokazał Koch wśród swoich doświadczeń. Autorowie wymienieni wychodzą ze stanowiska obranego przez Kocha: prątek przecinkowy nie może przebyć żołądka człowieka zdrowego, względnie zwierzęcia, gdyż sok żołądkowy niszczy jego żywotność. Ten pewnik skłonił autorów do kolejnego usuwania działania soków trawiących na prątek przecinkowy i studyjowania działania soku żołądkowego, trzustkowego i żółci na pasorzyta.

Wśród tych doświadczeń zdołali oni dowodnie przekonać się o zgubném działaniu soku żołądkowego, stwierdzili równocześnie, że sok trzustkowy zachowuje się obojętnie a żółć nie wywiera również znaczniejszego wpływu. Ostatnie zdanie zostało jednak zachwiane spostrzeżeniem, że w stolcach cholerycznych, w których prątek przecinkowy znajdował się w wielkiéj ilości, nie było można za pomocą odczynników wykazać ani śladu żółci. Ta okoliczność skłoniła ich do podwiązywania przewodu żółciowego, zanim wprowadzili do dwunastnicy zwierząt prątek przecinkowy, pochodzący wprost ze stolców cholerycznych, lub też odosobnioną hodowlę tegoż.

Wśród więcéj niż dwudziestu doświadczeń, przedsięwziętych na psach, królikach i świnkach morskich, spostrzegli, że zwierzęta ginęły w jeden lub dwa dni po wstrzyknięciu prątków. Jelito było wypełnione miazgą mleczną, obfitującą w komórki przybłonkowe. Prątki przecinkowe rozwijały się w téj masie jak u ludzi zapadłych na cholerę, jeżeli tylko masa przez czas dłuższy lub krótszy, zależnie od ciepłoty, była wystawiona na działanie wilgotnego powietrza. Zdanie ostatnie jest dosłownie przetłumaczone i jest jedyném niezrozumiałém w téj dokładnéj korespondencyi. Nicati i Rietsch nie wyrazili dokładnie, czy już przy sekcyi zdołali znaleźć prątki przecinkowe lub czy ostatnie rozwijały się dopiero pod wpływem działania powietrza na treść jelita.

Doświadczenie powiodło się u świnek morskich bez podwiązania przewodu żółciowego, udawało się nawet po wprowadzeniu większéj ilości masy do żołądka za pomocą zgłębnika. Zwierzęta doznawały biegunki, wymiotów (tylko psy), okazywały sinicę i obniżenie się ciepłoty. Raz spostrzeżono podniesienie się ciepłoty po śmierci. Przypuszczeniu, że objawy wymienione były wywołane w skutek podwiązania przewodu żółciowego, sprzeciwia się cały szereg doświadczeń Leydena, Wyssa, Charcota i innych, którzy udowodnili, że po zabiegu tym mogą zwierzęta żyć nawet dni 9.

W końcu czynią autorowie wzmiankę, że w odchodach ludzkich i wieprzowych znajdowali prątek przypominający kształtem prątek przecinkowy, co ich nawet zrazu bałamuciło. Prątek ten zgięty, podobnie jak przecinkowy, różnił się od ostatniego tém, że kolonije ostatniego mają brzegi zaledwie nieco ziarniste, tamten zaś tworzy kolonije o brzegach bardzo nieregularnych pagórkowatych. (*Deutsche med. Ztg.*, Nr. 77, 1884). *Dr. Schaitter.*

Prof. Finkler: **O prątku cholery swojskiéj i hodowli tegoż.** (Według wykładu mianego dnia 20 września b. r. na 56ym Zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich w Magdeburgu).

Prelegent uwydatniwszy w krótkich słowach powszechne ogromne zainteresowanie się pytaniem, na czém polega istota cholery i w jakiby sposób można zwalczyć owego okropnego nieprzyjaciela ludzkości, który w różnych miejscach świata tyle ofiar zabiera, — zwraca się do przedstawienia wyników swych badań nad cholerą swojską (*cholera nostras*), — chorobą, która pod względem objawów jest bardzo podobną do cholery azyjatyckiéj.

Po przytoczeniu poprzednio już ogłoszonych (*Deutsche medic. Wochenschrift*, 1884, Nr. 36) wyników, które w streszczeniu podaliśmy w zeszłym numerze (Nr. 39) naszego czasopisma, a mianowicie, że w świeżych wydzielinach stolcowych osób na cholerę swojską zapadłych znajdują się laseczniki przecinkowe, podobne w zupełności do laseczników przecinkowych Kocha i prątki kręte (*Spirillen*), donosi F. o dalszych nader ciekawych wynikach swych badań nad hodowlą lasecznika przecinkowego. Przed 3ma jeszcze tygodniami poszukiwania w tym kierunku przedsięwzięte wypadły ujemnie. Obecnie jednak wyhodowanie lasecznika przecinkowego cholery swojskiéj powiodło się przy następném postępowaniu.

Zaszczepiwszy małe płatki kału zawierającego znaczną ilość laseczników przecinkowych, już to na płótnie, rosole, żelatynie odpowiednio przyrządzonéj, już też na ziemniakach lub mleku, wkładano zaszczepiony przedmiot do wilgotnéj komórki, w któréj utrzymywano stale ciepłotę 25° do 35°C. Po 2 lub 3 dniach rozwinęły się laseczniki przecinkowe, które można było daléj wśród tych samych warunków z pomyślnym skutkiem przeszczepiać. W ten sposób wyhodowano 6, a nawet 7 pokoleń, przyczém spostrzeżono, że każde następne pokolenie przedstawia dokładniejszy i wyraźniejszy obraz laseczników przecinkowych, obok mniejszéj domieszki innych prątków. Po dalszych 24 godzinach mija już szczyt najlepszego ich rozwoju, a nieco późniéj nie napotyka się już wcale laseczników lecz tylko zaczynniki maleńkie bez wyraźnéj postaci.

W ten sposób okazało się, że lasecznik przecinkowy cholery swojskiéj rozwija się wśród tych samych warunków, w których wyhodował Koch lasecznika przecinkowego cholery azyjatyckiéj.

Śledząc baczniéj punkt kulminacyjny rozwoju lasecznika przecinkowego spostrzegł F., że wkrótce przybierają laseczniki na grubości, pęcznieją, stają się przeźroczystemi i przyjmują kształt osełki, na obu końcach któréj wytwarzają się wyrostki, podobne do ostrogi. Tę postać przejściową lasecznika przecinkowego nazywa F. postacią zarodczą (*Sporenträger*). Oba wyrostki oddzielają się następnie od swego macierzystego ciała, wirują żywo po całém polu widzenia, a F. określa je jako zarodniki (*Sporen*). Zarodniki te wyrastają wkrótce na krótkie, proste laseczniki, które dorósłszy dopiero do pewnéj długości, zakrzywiają się. Jednakowoż i te krzywe, równo długie laseczniki nie stanowią wcale niezmiennéj postaci, rosną one bowiem w długie nitki, różnie pokrzywione, które wypada nazwać prątkami krętemi (*Spirillen*). Owe prątki kręte grubieją następnie i pęcznieją nadmiernie, tworząc jużto nieforemne masy, już też przybierają postać grubych pałek lub esowatych figur, w środku bardzo znacznie zgrubiałych.

Po pewnym czasie napotyka się w preparatach obok owych prątków krętych znaczną ilość małych wyraźnie zakrzywionych laseczników przecinkowych lub też widzieć można tu i ówdzie we wnętrzu prątka krętego skupioną masę wyraźnie odróżnić się dających laseczników przecinkowych lub też wreszcie spostrzedz można nieraz, jak niektóre laseczniki podczas gdy większa ich część już się rozpadła, trzymają się jeszcze siebie swemi końcami. Przy uważném przeszukiwaniu preparatu natrafia się nadto na ciemne punkta, tak zwane punkta hodowlane (*Culturpunkte*), przypominające żywo punkta krystalizacyjne, spostrzegane przy badaniach chemicznych. Punkta hodowlane sąto zbite masy laseczników, które co dopiero wysypały się z pękniętéj przeródki, czyli innemi słowy sąto masy młodych laseczników przecinkowych. Wszystkie te laseczniki dochodzą w swym wzroście tylko do pewnéj wielkości, a doszedłszy do szczytu rozwoju zamieniają się znów w postacie zarodcze, odkąd rozpoczyna się na nowo cały skreślony szereg rozwoju nowego pokolenia.

Na szczególniejszą uwagę zasługuje okoliczność, że wyhodowanie lasecznika przecinkowego powiodło się prelegentowi nawet wtedy, gdy do szczepienia użył kału, który leżąc przez 14 dni na wolném powietrzu, rozpłynął się już od zgnilizny i w którym badanie drobnowidowe wykazało li tylko obecność drobnych zaczynników, a ani śladu laseczników lub prątków krętych. Fakt ten dowodzi, że lasecznika przecinkowego cholery swojskiéj wyhodować także można z zarodników. Zgnilizna więc zniszczyć wprawdzie może lasecznika przecinkowego, ale zarodniki nie tracą nawet pod wpływem gnilizny zdolności rozwijania się naturalnie wśród odpowiednich warunków. Zarodniki zatém stanowią trwałą formę (*Dauerform*) lasecznika przecinkowego.

Ze względu, że tak w cholerze swojskiéj, jak w cholerze azyjatyckiéj znajduje się taki sam prątek, i że objawy chorobowe i przebieg cholery swojskiéj przedstawiają niejako niższy tylko stopień cholery azyjatyckiéj wyraża prelegent wątpliwość, czy należy cholerę swojską w ogólności uważać za chorobę *sui generis?*

Różnica rozpoznawcza między cholerą swojską a cholerą azyjatycką mogłaby chyba jeszcze istnieć w odmienném zachowaniu się obu laseczników przecinkowych w czasie ich hodowli. Wprawdzie oba laseczniki potrzebują do swego rozwoju jednakiego czasu, jednakowego materyjału odżywczego i jednakiéj ciepłoty, ale lasecznik cholery swojskiéj przemienia się w swym rodzaju w postać zarodczą, w zarodniki trwałe, w prątki kręte, któréjto przemiany Koch nie spostrzegł przy laseczniku cholery azyjatyckiéj. Finkler jednak, opierając się na badaniu przesłanych mu fotografij z Marsylii, sądzi, że i w cholerze azyjatyckiéj znajdują się takie same prątki kręte i zarodniki. W razie więc, gdyby się to domniemanie potwierdziło, musiałaby upaść także wspomniana różnica rozpoznawcza.

Największą korzyść z badania laseczników przecinkowych spodziewa się F. odnieść wtedy, gdy mu się powiedzie wykryć którą z opisanych form przejściowych lasecznika, przedstawić postać najmniéj oporną i wynaleźć środki do jéj zniszczenia, w ten bowiem sposób utorowaną będzie może droga do zwalczenia lasecznika przecinkowego cholery azyjatyckiéj.

W dyskusyi dodaje Finkler, że przy hodowli laseczników na żelatynie spostrzegał zazwyczaj szerszy lejek niż to Koch opisuje, a na zarzut Hueppe'go, że laseczniki cholery swojskiéj różnią się od laseczników. Kocha większą grubością i rozwojem, bo lasecznik Kocha, jako należący do mętników (*vibrio*) nie ma żadnych form przejściowych, odpowiada, że różnica w grubości jest bardzo nieznaczną, a różnicę w rozwoju uwydatnił sam w wykładzie ze szczególnym naciskiem. Nadto wspomina, że z 5ciu królików, którym wprowadzono do żołądka kał zawierający tylko zarodniki, dwa zachorowały po 2 dniach. Dalsze badania w tym kierunku są w toku. (*Wiener medic. Blätter*, 1884, Nr. 39). *Dr. Pruss.*

Najnowsze zdobycze na polu leczenia cholery w Neapolu.

Podał Dr. Kopff.

W roku 1864 prof. Cantani w Neapolu ogłosił doświadczenia robione na zwierzętach z wprowadzeniem w sposób szybki do ustroju znaczniejszéj ilości wody, z pominięciem przewodu pokarmowego. Używał on mięszaniny zbliżonéj do surowicy krwi, którą wstrzykiwał w tkankę podskórną w znacznéj ilości. Wessanie odbywało się szybko, a miejscowo nie pojawiały się żadne złe następstwa zadrażnienia. Prof. Cantani na tych doświadczeniach oparty już wtedy wygłosił zdanie, że należy użyć metody przez niego nazwanéj *Hypodermoclysis* do leczenia cholery, szczególniej w *stadium algidum.* W r. 1883 prof. Samuel powtórzył doświadczenia Cantaniego i również poleca gorąco, aby użyć tego sposobu w leczeniu cholery. Dziwna rzecz, że zdanie Cantaniego i Samuela opierające się na doświadczeniu fizyjologicznem i na pierwszy rzut oka tak logiczne, zwróciło na siebie tak mało uwagi, i że wobec takiego ubóstwa dotychczasowéj terapii cholery nie zastosowano téj metody leczniczéj na ludziach.

Wobec srożącéj się teraz epidemii w południowych Włoszech, zdawało się, że głos Cantaniego będzie uważanym za głos zbawcy, i że w krótkim czasie będzie można na podstawie licznych doświadczeń na ludziach ocenić należycie nową tę metodę leczniczą. Tymczasem z jednéj strony opór otoczenia chorych przeciw wszelkim zabiegom operacyjnym, z drugiéj strony znów jeszcze dziwniejsza obojętność lekarzy w szukaniu środka leczniczego przeciw niszczącéj epidemii nie pozwalała Cantaniemu jakotéż jego zwolennikom dość rychło rozpocząć doświadczeń.

Pierwsze doświadczenia więc, dotąd bardzo nieliczne, datują się od 4 września. Wiadomość o nich podaje dziennik *Napoli.* Córka współredaktora tego dziennika zachorowała w dniu 3 września na cholerę. Wieczorem tego dnia chora była już bez nadziei ratunku, Proff. Perli, Amoroso i Adinolfi stwierdzili okres zamartwiczy i nie robili najmniejszéj nadziei ocalenia. Wtedy po raz pierwszy, nie mając nic do stracenia, chwycono się sposobu podanego przez Cantaniego. W ciągu godziny stwierdzono wessanie jednego litra płynu, tętno zaraz się podniosło, mocz począł się wydzielać. Po drugiém zastrzyknięciu w nocy ciepłota podniosła się wyżéj stanu prawidłowego. O dalszym przebiegu leczenia pisze prof. Amoroso w następnych numerach *Napoli.* Do wstrzykiwań użył on płynu zawierającego w 1 litrze wody przekroplonéj, 4 gramy soli kuchennéj i 3 grm. węglanu sodowego, ogrzanego do 38°C. Wstrzykiwanie robi się w tkankę podskórną. D. 5 września o godz. 8éj rano chora czuła się już o wiele lepiéj. Żołądek jednak jeszcze nic nie znosił. Wymioty były dwa razy, przeważnie żółciowe, stolce dwa żółto zabarwione. Przytomność przywrócona, tętno dobre. W dniu 6 września chora była już wolną od niebezpieczeństwa.

W dniu 5 września wykonał prof. Perli operacyję na dwóch chorych w szpitalu Canocchia. Obaj chorzy w okresie zamartwiczym dostali po $1\frac{1}{2}$ litra płynu podskórnie. Jeden umarł, drugi zaś przyszedł zupełnie do siebie. W dniu następnym prof. Amoroso zastrzyknął $1\frac{1}{4}$ litra choremu, u którego sinica na całém ciele, brak zupełny tętna sprychowego, lodowo zimne nogi kazały już jak najgorzéj rokować. Od 24 godzin zupełny bezmocz. W 15 minut cała ilość płynu została wessaną. Tętno zaraz wystąpiło, sinica znikła, czynność nerek na nowo się rozpoczęła i chory czuł się z każdą chwilą lepiéj.

Dr. Loretto został 6 września wezwany do choréj, znajdującéj się w 8ym miesiącu ciąży. Cholera silna, sinica, tętno nitkowate, odnogi lodowo-zimne, kurcze w łydkach, ciągłe wymioty i rozwolnienie. L. wykonał wstrzyknięcie w okolicę lewego biodra. Wstrzyknął przeszło $\frac{1}{2}$ litra płynu. Skoro płyn ten wessanym został, wstrzyknięto taką samą ilość po stronie prawéj. Operacyja cała nie trwała dłużéj niż godzinę. Po upływie trzech godzin tętno wypełniło się, głos powrócił,

duszność ustąpiła, odnogi stały się o wiele cieplejszemi, wymioty i biegunka ustały.

Tych kilka spostrzeżeń każe wróżyć, że metoda prof. Cantaniego wkrótce zostanie rozpowszechnioną w okolicach dotkniętych epidemiją. Skoro liczniejsze spostrzeżenia potwierdzą jéj świetne jak dotąd wyniki lecznicze, lekarz będzie mógł o wiele śmieléj i z większém zaufaniem w swoją naukę przystąpić do łoża chorego.

Virchow: **O metaplazyi.** (Według wykładu mianego na Kongresie lekarskim międzynarodowym w Kopenhadze).

(Dokończenie. Patrz Nr. 39).

Metaplazyja jest podstawą ważnych spraw patologicznych, lecz wkracza także w zakres życia fizyjologicznego i to nie tylko ma znaczenie dla pojedynczych osobników, bo nauka o metaplazyi jest także podstawą owych zapatrywań, które obejmujemy nazwą ogólną darwinizmu, a to co pierwotnie nazwano w historyi rozwoju rozmocowaniem a w teoryjach ewolucyjnych zowie się transformizmem, pokrywa się w głównych zarysach z pojęciem metaplazyi. Zrozumienie tych pojęć o tyle jest utrudnione, że dotąd nie odróżniano ściśle procesów zmierzających do wytworzenia całych narządów od tych, których skutkiem jest wytworzenie tkanek. Wiemy od dawna, że skostnienie jest stosunkowo późnym procesem w rozwoju organizmu, który się nie tworzy bezpośrednio w komórkach zarodkowych, lecz tkanka pierwotna powstała z komórek zarodkowych przekształca się przez metaplazyję w rzeczywistą tkankę kostną. Podobnie i darwinista, oznaczając genealogiję świata zwierzęcego, znajduje dopiero późno takie zwierzęta, które posiadają rzeczywistą tkankę kostną. Jeszcze w pierwszéj połowie bieżącego stulecia toczył się spór o to, co jest tkanką pierwotną dla kości, czy chrząstka, czy też okostna; trudno było również odróżnić zwapnienie od właściwego skostnienia. Dziś wiemy, że cechą prawdziwego skostnienia jest nie tylko złożenie wapna w istocie organicznéj a względnie tkance chrzęstnéj, lecz także w przemianie saméj istoty podstawowéj, w któréj ginie chondryn ustępując miejsca istocie klejodajnéj. Zamięszanie w tych pojęciach pochodziło ztąd, że nazwą skostnienia obejmowano nie tylko tworzenie się właściwéj tkanki kostnéj, ale także i tworzenie się kości jako narządów, które wzięte w całości zawierają w sobie rozmaite tkanki. V. proponuje dla téj ostatniéj sprawy nazwę o s t e o g e n e z y w przeciwstawieniu do skostnienia, jako sprawy tkankotwórczéj. I jeżeli ze stanowiska osteogenetycznego ktoś twierdzi, że kość powstaje z chrząstki, to ma słuszność; bo w pewnym czasie znajdujemy kość preformowaną z chrząstki, późniéj dołącza się kostnienie od okostnéj; lecz im więcéj skostnienie postępuje, tém więcéj rozwija się szpik kostny. Dokładniejsze badania wykazały, że rozmaite kości posiadają rozmaitą tkankę szpikową: młode inną jak stare, trzony kręgów inną jak kości długie, a nawet jedna i ta sama kość w różnych okresach swego rozwoju przedstawia inną tkankę szpikową. Zwykle odróżnia się trzy formy: szpik c z e r w o n y, ż ó ł t y i g a l a r e t o w a t y, a więc jak się z tego pokazuje, szpik także jest tkanką zmienną i przedstawia typowy obraz metaplazyi. Atoli i samo powstawanie szpiku kostnego odbywa się na drodze metaplastycznéj; bo największa część szpiku powstaje z tkanki kostnéj i to w ten sposób, że tkanka kostna oddaje sole wapienne a jéj komórki czyli ciałka kostne przemieniają się w komórki szpikowe, równocześnie istota podstawowa ulega rozmiękczeniu i pośród zbitéj istoty kostnéj powstają przestwory szpikowe. Jeżeli ten proces przekroczy w chorobowych stosunkach pewną granicę, prowadzi do t. zw. osteoporozy, a w wyższym stopniu do osteomalacyi, przyczém w obu razach nowopowstała tkanka szpikowa może być czerwoną, żółtą lub galaretowatą.

Lecz V. wykrył, że szpik może powstawać bezpośrednio z chrząstki. Tylna część kości klinowéj zwrócona ku jamie czaszkowéj i tworząca górny odcinek *clivus Blumenbachii*, składa się u noworodka z chrząstki, i tylko mała część jéj ulega skostnieniu, większa zaś zamienia się na tkankę szpikową a szpik ten tworzy się na zewnątrz kości i leży bezpośrednio pod oponą twardą. Drugiém miejscem, w którém znajdował V. tego rodzaju metaplazyję, były chrząstki krtani; zwłaszcza chrząstka tarczykowa, w któréj całe przestrzenie były w 4 przypadkach wypełnione tkanką tłuszczową powstałą drogą metaplazyi. Lecz metaplazyja chrząstki w tkankę tłuszczową nie odbywa się zwykle bezpośrednio; częściéj bowiem powstaje najprzód tkanka szpikowa czerwona, obfita w naczynia i komórki, która następnie dopiero zmienia się w szpik żółty czyli tkankę tłuszczową. Tkanka szpikowa chrzęstna tém się różni od kostnéj, że ma wielką skłonność do następowego skostnienia.

Z powyższego pokazuje się, że kości w najobszerniejszém znaczeniu ulegają metaplazyi równie przy osteogenezie jak i w pewnych chorobach; że zaś nie dosyć uwzględniano dotąd stronę metaplastyczną pewnych zmian, pochodzi ztąd, że zwykle obok metaplazyi toczą się sprawy plastyczne, mianowicie proliferacyja komórek, a cały proces rozpada się na dwa okresy, tj. zwykły plastyczny i metaplastyczny. Pierwszy z tych okresów jest bez wątpienia okresem czynnym, gdy drugi ma więcéj charakter bierny; widoczném jest tu działanie czynników, znajdujących się po za obrębem komórek. Największa część patologów przyjmuje za przyczynę osteomalacyi zmienione stosunki odżywienia osobnika i rzeczywiście rozmiękczenie galaretowate ma charakter atroficzny. Ale i rozmiękczenie żółte tłumaczą zwyrodnieniem tłuszczowém a więc procesem, który zwykle towarzyszy wyższym stopniom zaburzeń odżywienia. V. jednak co do rozmiękczenia żółtego nie zgadza się z tém mniéj więcéj ogólnie przyjętém zdaniem; lecz uważa je za proces mający charakter czynny.

Oprócz kości nie ma żadnéj tkanki, którаby była tak skłonną do metaplazyi, jak tkanka tłuszczowa, która najczęściéj przeobraża się w tkankę śluzową, np. zdarza się, że cała podściółka tłuszczowa na zewnątrz opon kanału stosu pacierzowego ulega przeobrażeniu śluzowemu. To samo dzieje się w tłuszczu osierdzia a częściéj jeszcze we wnęce nerki. Nie jestto nic innego jak metaplazyja, w któréj tłuszcz z komórek zostaje wydalony, lecz same komórki istnieją daléj i wytwarzają śluz, który nie opuszcza wnętrza komórek, tylko zostaje ich częścią składową. Jestto przejście tkanki tłuszczowéj do tego stanu, w jakim się znajdowała podczas życia płodowego, zwłaszcza w okresie porodu, a nie można tego procesu uważać za zwykły zanik, który występuje w różnych formach ogólnego upadku odżywienia, i który zawsze jest połączony ze zniknięciem tłuszczu a tém samém ze zmniejszeniem objętości tkanki tłuszczowéj. Wytworzeniu istoty śluzowéj w komórkach bardzo sprzyja ta okoliczność, że zanik tłuszczu często następuje w takich miejscach, które z powodu stałego otoczenia nie mogą zmniejszyć swéj objętości, np. wewnątrz kości, w kanale kręgowym itd.

Przez częściową hyperplazyję może powstać z tkanki

tłuszczowéj tłuszczak, który niekiedy ma mniéj lub więcéj wielkie części galaretowato przeobrażone (*lipoma gelatinosum s. colloides*). Ale zdarzają się także wyrośle powstające z tkanki tłuszczowéj, które są w całości śluzowo przeobrażone (*myxoma*). Śluzaki takie składają się więc z wybujałéj tkanki śluzowéj a ponieważ tkanka śluzowa w zwykłém znaczeniu jest tkanką embryjonalną, więc można powiedzieć, że śluzak powstaje z tkanki embryjonalnéj i rzeczywiście V. właśnie znalazł formę śluzaka, która jest na wskroś embryjonalną a mianowicie śluzaka kosmówki. Podobnie są i inne nowotwory, które powstają przez hyperplazyję tkanki embryjonalnéj, np. wsporniaki (*gliomata*). Pomimo tego nie można twierdzić, że ta tkanka ulegająca hyperplazyi jest zawsze pozostałością z życia płodowego, np. chrzęstniaki powstają często z kawałków tkanki chrzęstnéj, które na granicy epifizy i diafizy w postępującéj osteogenezie oddzielają się od pierwotnéj chrząstki i pozostają w istocie gąbczastéj na końcach kości a czasem nawet w szpiku lub istocie zbitéj korowéj kości długich, nie ulegając ani skostnieniu ani przeobrażeniu szpikowemu, a jednak te wysepki chrząstkowe nie są tworami z życia płodowego, lecz powstają najczęściéj w pierwszym do trzeciego roku życia, czasem nawet późniéj i nie mają téż charakteru chrząstki, jaką znajdujemy w życiu płodowém; sąto więc zmiany nabyte.

Znana jest powszechnie teoryja Cohnheima o zawiązkach z życia płodowego, które tenże uważa za podstawę późniejszych nowotworów. O ile uogólnianie tego rodzaju jest uzasadnionêm, przyszłość dopiero wykaże; lecz to jest pewném, że jest wiele nowotworów, których źródła trzeba szukać w rozwoju pozamacicznym lub nawet w zmianach następowych nabytych w późniejszém życiu. Odnosi się to, jak wykazano wyżéj, do wielu chrzęstniaków a oprócz tego o wielu nowotworach można powiedzieć, że swe pochodzenie zawdzięczają późniéj nabytym zmianom w gotowych już narządach. Niektóre z nich polegają na hyperplazyi tkanki naturalnéj, np. włókniaki macicy, inne na następowéj metaplazyi tkanin.

Lecz nie tylko twory wielokomórkowe, należące do rzędu tkanki łącznéj, ulegają metaplazyi; bo i twory przybłonkowe mogą jéj ulegać, np. przybłonek wałeczkowy przechodzi w przybłonek płaski, a nawet na tém polega wytwarzanie się nowéj tkanki mającéj podobieństwo do utkania śledziony po wyjęciu téjże i tworzenie się czerwonego szpiku kostnego w późniejszém życiu. Chodzi więc tylko o to, czy tkanki mogą się przekształcać w utkanie należące do innego typu. V. twierdzi stanowczo, że twory przybłonkowe mogą powstać z tworów należących do rzędu tkanki łącznéj, powołując się na swą pracę o powstawaniu perlaków (*Cholesteatome*) (*Archiv f. Anat. u. Physiol.* 1855. Bd. VIII, str. 371). Naturalnie, że to zdanie nie zgadza się z zapatrywaniami tych, co ściśle odróżniają listki płodowe i kładą nacisk na odrębność ich charakteru. Lecz embryjologija wcale nie może nadawać wagi spekulacyjom tych patologów, bo tu tylko doświadczenie powinno rozstrzygać. Również bezpodstawném jest zdanie tych, którzy twierdzą, że z białych komórek wędrujących mogą powstawać wszystkie tkanki. Na dowód swéj teoryi o metaplazyi ogólnéj tkanek przytacza V., że spostrzegał tworzenie się raka galaretowatego w miejscach odległych od błon śluzowych i powstawanie oczek (*alveoli*) zawierających komórki przybłonkowe pośród przerosłéj tłuszczem sieci.

W każdym razie jest zasługą V., że zawiłe te kwestyje wyprowadził jeszcze raz na forum poważnego areopagu, sławnego z znakomitości lekarskich całego świata i objaśnił światłem swéj krytyki, ugruntowanéj długoletniém doświadczeniem. (*Virch. Arch.* Bd. 97, Heft 3, 1884). *Dr. Otto.*

IV. Sekcyja okulistyczna na Kongresie międzynarodowym lekarskim w Kopenhadze 1884 r.

Sprawozdanie **Dra B. Wicherkiewicza.**

Ósmy Kongres międzynarodowy odbył się w Kopenhadze z niezmiernie obfitym materyjałem naukowym przy daleko znaczniejszym współudziale lekarzy obcokrajowców aniżeli na poprzednim Zjeździe w Londynie, a nabrał szczególnego znaczenia w obec serdecznego przyjęcia, na które składało się miasto, państwo, cała ludność Kopenhagi, a nawet sam dwór.

Szczegółów dotyczących podejmowania, uroczystości, jakoteż ogólnych posiedzeń, nie podaję, niezawodnie bowiem skreślą je inni korespondenci; pragnę tylko w kilku rysach przedstawić obraz działalności Sekcyi okulistycznéj podając to, co na szczególną zasługuje uwagę, trzymając się przytém chronologicznego porządku odczytów.

Materyjał naukowy przeznaczony dla téj Sekcyi tak był obfity, że Sekcyja, chcąc z niego korzystać, najdłuższe prawie odbywała posiedzenia. Zapisało się do niéj około 70 członków, pomiędzy którymi wymieniamy: Noyesa z Nowego Yorku, Moorena z Dysseldorfu, Sattlera z Erlangi, Dora z Lyonu, Macgawlego z Petersburga, Cowella i Braileya z Londynu, Meyera z Paryża, Holmgrena z Upsali, van Duyse z Gandawy. Z Polaków byłem sam jeden i to jako delegat Pozn. Tow. Przyj. Nauk.

Przewodniczący w Komitecie gospodarczym Sekcyi okulistycznéj Dr. Hansen Grut przywitawszy obecnych, usprawiedliwił niektórych nieobecnych, jako to: Weckera z Paryża, Dondersa z Utrechtu, a potém przez aklamacyję powołany do przewodniczenia obradom zaproponował dla poszczególnych krajów następujących prezesów kongresowych: dla Szwecyi: Holmgrena, dla Norwegii: Hjorta, dla Francyi: E. Meyera i Abadiego, dla Anglii: Braileya i Cowella, dla Ameryki: Noyesa, dla Niemiec: Moorena i Schmidta-Rimplera, dla Rosyi: Magawlego i Waldauera, dla Hiszpanii: Cárreras-Arago, dla Szwajcaryi: Bardego, dla Belgii: Copeza. Dor odmówił w grzecznych zwrotach zaszczytu udzielonego mu dla Szwajcaryi, ponieważ lubo z pochodzenia Szwajcar, od kilku lat przyjął obywatelstwo francuskie.

Na propozycyję E. Meyera, ażeby Hansen Grut ciągle przewodniczył obradom, ostatni wyraża życzenie, ażeby podczas każdego wykładu wygłoszonego w jednym z trzech języków oficyjalnych (francuskim, angielskim i niemieckim) przewodniczył: Francuz, Anglik albo Niemiec; gdy na to Zgromadzenie przystało, zajął do pierwszego odczytu krzesło przewodniczącego Mooren i udzielił głosu Drowi Samelsohnowi z Kolonii, który przystąpił do wygłoszenia odczytu: o znaczeniu badania czucia światła w obec praktycznéj okulistyki.

Czucie światła jestto ta władza, mocą któréj oko rozpoznaje światło przedmiotowe i ilościowe. Niedostateczne ocenienie w praktycznéj okulistyce badań poczucia światła, tłumaczy się brakiem wystarczającéj metody. Dotychczasowe

metody badania nie opierają się na jednych i tych samych zasadach, ztąd trudność porównania i zastósowania wyników osiągniętych. Ze stanowiska fizyjologii odpowiednia metoda badania czucia światła powinna módz równocześnie oznaczyć:

1. Ostateczny kresowy stopień światła mogącego być poznanym (*Reizschwelle*);

2. Najmniejszy stopień różnicy światła dający się przy pewném daném oświetleniu rozpoznać (*Unterschiedsschwelle*);

3. Wpływ absolutnego światła na poczucie różnicy w oświetleniu;

4. Wpływ kąta widzenia na najmniejszy stopień różnicy światła;

5. Poczucie światła w rozmaitych częściach siatkówki.

Metoda, którąby obejmowała wszystkie te punkty razem, nie istnieje, dla celów jednak klinicznych można zadanie to uprościć.

Władza organu wzrokowego rozpoznawania przedmiotów zewnętrznych zależy:

1. Od absolutnéj jasności;

2. Od różnicy jasności pomiędzy przedmiotem badanym a otoczeniem, czyli innemi słowy, od kontrastu czyli przeciwnictwa;

3. Od kąta widzenia.

Skoro kąt widzenia jest stałym, metoda kliniczna winna liczebnie oznaczyć dwa drugie czynniki, i w tym też podwójnym kierunku rozwinęły się dwie metody, a mianowicie: jedna z nich przy ustalonéj absolutnéj jasności odmienia stopniowo dwa drugie czynniki, druga zaś, stopniuje najniższy kres różnicy światła, podczas kiedy absolutna jasność i kąt widzenia, pozostają stałemi. Zdaniem Samelsohna powinny obydwie metody dopóty uzupełniać się, dopóki nie uda się ustanowić metody odpowiadającéj fizyjologicznemu pojęciu czucia światła. Według pierwszéj metody robił Förster liczne poszukiwania, z których wywiódł prawo, że czucie światła bywa osłabianém przy zboczeniach pierwiastków przyjmujących wzniecanie światła czyli tkliwych na światło, podczas gdy zboczenia pierwiastków przenoszących poczucie światła czyli przewodników (*Lichtempfindung leitende Elemente*), według Förstera, ma się odznaczać niezwykłą wrażliwością na przedmiotowe światło. Cały szereg doświadczeń, jakie Samelsohn według drugiéj metody, tj. oznaczenie najmniejszego stopnia różnicy przy stałéj jasności absolutnéj, metody, która według Snellena i Landolta (Graefego-Saemischa zbiorowe dzieło) jest najprostsza, przedsięwziął, nadaje zapatrywaniom Förstera tylko znaczenie warunkowe; bo chociaż zboczenia pokładów siatkówki, przewodniczących czuciu światła, bardzo często pociągają za sobą osłabienie tego zmysłu, to jednakże nie wolno z tego wnioskować, jakoby w przeciwnym względzie osłabienie czucia światła wskazywało zaraz chorobę pierwiastków wrażliwych na światło. Przeciwnie, właśnie stany zapalne nerwu wzrokowego połączone są z tak znacznem osłabieniem czucia światła, że równają się pod tym względem otrętwieniu przy pewnych chorobach siatkówki. Autor badał od 3 lat przeszło 500 przypadków chorób śródgałkowych i to sposobem Massona. Zastósowanie tarczy Massona wymagające bardzo mało inteligencyi ze strony chorego, a żadnéj akomodacyi, ma być łatwiejsze, aniżeli zastósowanie fotometru Förstera. Zasada zaś, na któréj użycie tarczy Massona polega, nie wchodzi w żadną kolizyję z czuciem przestworu (*Raumsinn*) i siłą wzroku. Rozmiary tarczy pozwalają do pewnego stopnia wciągnąć w zakres badania także i części obwodowe siatkówki. Ze stanowiska klinicznego można obrać sobie jako jedność, nie najniższy stopień fizyjologiczny pojęcia różnicy oświetlenia, ale raczéj największą wartość odpowiadającą dziennemu najsłabszemu oświeceniu. Autor wybrał jako jedność wartościową sektor czarny o 5° odpowiadający szparze $^1/_{72}$. Dla bardzo ścisłych badań, jedność wskazuje zdrowe oko badającego, podczas gdy z drugiéj strony, stopień dla określenia różnic światła przy oświetleniu obniżoném oznacza się za pomocą szkieł zadymionych. Jako główną korzyść téj metody podaje Samelsohn, że badanie odbywa się przy naturalném oświetleniu, na które właśnie oko chore bardzo jest wrażliwe.

Z doświadczeń Samelsohna wynika, że czucie światła daleko częściéj podlega zboczeniom, aniżeli jakościowe czucie barw (*qualitativer Farbensinn*) w skutek czego powinno też częściéj poddawane być badaniu. Ilościowy zmysł barw pozostaje do czucia światła w dokładnym stosunku zależności. Badanie czucia światła wielkiéj jest doniosłości:

1. W rozmaitych postaciach zaćmień ciała szklanego, które mogłyby uchodzić przy nie dość ścisłém badaniu za odczepienie siatkówki;

2. Przy rozróżnieniu pewnych postaci jaskry zwyczajnéj, a spraw zanikowych nerwu wzrokowego;

3. W celach rozpoznania i rokowania w niektórych postaciach zaćm.

Jannik Bjerum z Kopenhagi: O znaczeniu badania czucia światła ze stanowiska praktycznéj okulistyki.

Autor poleca używać zamiast wyrażenia czucie światła, czucie jasności (*Helligkeitssinn*) i podaje graficzny schemat prawidłowych stosunków tego zmysłu. Przy nowych swych badaniach mierzył Bjerum oznakę jasności fotometrem Förstera, do którego dodał zmienioną tabliczkę przedmiotową i tarczę Massona. Wyniki swych badań, które go pouczyły, że uwagi Mauthnera, dotyczące stosunku siły wzroku przy zboczeniach czucia światła, są mylne, streszcza autor w następujących słowach:

W badanych przypadkach zaniku nerwu wzrokowego (6) i środkowego niedowidzenia (*amblyopia centralis*) (14) jest kres czucia (*Reizschwelle*) prawidłowym albo prawie prawidłowym, natomiast w wielkiéj części tychże przypadków bywa znaczne obniżenie pod względem tkliwości na różnicę światła (*Unterschiedsempfindlichkeit*). W dwóch przypadkach zapalenia nerwu wzrokowego było obok osłabienia tkliwości na różnicę niemałe osłabienie czucia światła. W innym przypadku zapalenia nerwu wzrokowego był kres czucia światła (czyli podniety, *Reizschwelle*) prawidłowy, a kres różnicy (*Unterschiedsschwelle*) mało co zmieniony. Z czterech przypadków jaskry, w jednym tak kres czucia światła jakoteż czucie odróżniające znacznie było obniżone. W dwóch innych przypadkach, które z dobrym wynikiem były operowane, zboczenie obydwóch czuć, mianowicie zaś odróżniającego, było bardzo znaczne. W czwartym przypadku kres czucia był prawidłowy, a kres różnicy nieco zmniejszony. W kilku przypadkach zapalenia barwikowego siatkówki (*retinitis pigmentosa*) znalazł autor nadzwyczajne obniżenie kresu czucia, a tylko w jednym przypadku było nadto pewne osłabienie czucia różnicy. To samo w dwóch przypadkach kurzéj ślepoty bez zmian wziernikowych. Wyniki te stwierdzają według autora dawniejsze jego przypuszczenie, że zupełnie odrębne istnieją postacie zboczeń czu-

cia światła, w skutek czego wypada koniecznie badać odrębnie tak kres czucia światła, jakotéż różnicy.

Po tym odczycie przystąpił Dr. O. B. Bull z Krystyjanii do odczytu: O poszukiwaniach dotyczących czucia światła i fotometryi.

Poszukiwania jego przedsięwzięte były częścią w zamiarze wyświecenia sprzeczności zachodzących, gdy oznaczamy wśród warunków, czy to prawidłowych, czy też chorobowych oka, jaka jest porównawcza władza wzroku i czucia światła; a daléj poszukiwania te robione były celem ustanowienia, i to na mocy wyników otrzymanych z oznaczenia władzy czucia światła w miejscu oświeconém, ogólnych reguł dotyczących téj władzy.

Poszukiwania te uwzględniają następujące momenta:

1. Badanie ócz zdrowych w miejscu ciemném albo oświeconém;

2. Badanie ócz chorych w tych samych warunkach.

Pierwszy rodzaj badania doprowadził do następujących prawideł:

a) Najmniejsza ilość światła przedmiotowego potrzebna do czucia światła jest u osób o zdrowych oczach zupełnie równą w wieku od 50go do 60go roku życia;

b) Ilość przedmiotowego światła, potrzebna do wywołania czucia światła, przeważnie zależną jest od jakości oświecenia. Ilość ta jest największą, gdy chodzi o żółtą, najmniejszą dla niebieskiego i zielonego; co się zaś tyczy światła odbitego (reflektowanego) to kolor żółty i czerwony zdają się przy oświeceniu nieco obniżoném, względnie ciemniejszym aniżeli szary, podczas gdy szare światło znowu przedstawia się względnie ciemniejszém od niebieskiego i zielonego.

c) Adaptacyja (zastósowanie siatkówki) wywiera bardzo znaczny wpływ na oznaczenie L przy słabém oświeceniu, gdy chodzi bądź to o ocenienie światła w ogólności, albo światła o rozmaitéj łamliwości.

Wpływ ten tak jest wielki, że wyniki otrzymane badaniem w miejscu ciemném, mogą być uważane jako wyraz władzy w mowie będącéj.

d) Jeżeli rozmiary powierzchni obrazu siatkówkowego przyjmiemy jako podstawę dla ocenienia V, przekonamy się, że V (wzrok), L (czucie światła) i C (czucie kolorów) przy użyciu światła bezbarwnego w prostym stosunku ze światłem zmniejszają się.

e) W ogólności można z pewném zaufaniem przyjąć wnioski, o ile dotyczą L, wysnute z wyników przedstawiających się po badaniu władzy ocenienia różnic światła w przestrzeni oświeconéj, jeżeli nadto uwzględnimy badania perymetryczne.

f) Dla oznaczenia władzy czucia różnicy światła używa autor ciemnego tła, na którém umieszczone są przedmioty odbijające rozmaitą ilość światła.

Porównawcze badania L wykonywają się w miejscu oświeconém i to za pomocą tablic fotoptrycznych przez autora zestawionych i Kongresowi przedłożonych. W ciemném zaś miejscu badania te czynią się za pomocą okręcającéj się tarczy o średnicy 1 metra do połowy czarnéj, do połowy białéj a umieszczonéj w odległości 1 metra od podmiotu. Badania te wykazały, że tablice fotoptryczne są zupełnie przydatne do oznaczenia stopnia obniżenia L w rozmaitych warunkach chorobowych. Dopóki przedmioty próby, na tablicach umieszczone, są względnie małe, wynik otrzymany winien być uważany jako wyraz L dla części środkowéj siatkówki. W niektórych chorobach przewlekłych, w których przypuszczać można, że władza adaptacyi siatkówki jest po największéj części czynną, otrzymujemy jako wyraz L liczbę bardzo niską, gdy oznaczamy przy świetle słabém. Tylko badanie perymetryczne, dokonane za pomocą przedmiotu szarego, jest w stanie wykazać pewne obniżenie L. w częściach obwodowych siatkówki. (C. d. n.)

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* **Cholera** wygasła prawie we Francyi południowéj nie zajrzawszy wcale do Lugdunu, a tém mniéj do Paryża. W Hiszpanii występuje słabo w kilku miejscowościach, w Neapolu liczba chorych i umierających zmniejsza się z dnia na dzień, natomiast wybuchła zaraza w Genui, gdzie już kilkanaście osób dziennie zabiera, a ostatniemi dniami zawitała do Wenecyi, i tym sposobem po raz drugi stanęła u wrót Państwa austryjackiego.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 14—20 września umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 26,0. Z ospy umarło 1 (0 z. t.); z płonicy 1 (2 z. t.); z błonicy 1 (0 z. t.); z duru osutkowego 1 (0 z. t.); z czerwonki 2 (1 z. t.); z kiły 1 (1 z. t). Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku odry, 5 płonicy, 1 duru brzusznego. W tygodniu od 7—13 września umarło z ospy w Londynie 9, świeżo zapadło 70 (91 z. t.); leczyło się w szpitalach 508 (560 z. t.). W Genewie, Rzymie, Bukareszcie, Maladze, Lizbonie, Nowym Orleanie umarło po 1, w Pradze, Liwerpolu, Madrycie po 2, w Petersburgu i Kalkucie (od 27 lipca do 2 sierpnia) 6, w Madrasie (od 19—25 lipca) 13. Z duru osutkowego umarło w Murcyi 1, w Madrycie 4. Płonica panuje w Amsterdamie. Biegunka panowała w większych miastach. Z cholery umarło w Bombayu (od 6—12 sierpnia) 4, w Kalkucie (od 27 lipca do 2 sierpnia) 10.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 7—13 września umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 24,5; w Warszawie 34,0; w Poznaniu 32,4; w Wiedniu 21,7; w Pradze 25,8; w Berlinie 27,0; w Hamburgu 22,3; we Wrocławiu 34.0; w Gdańsku 26,3; w Kolonii 26,4; w Mnichowie 27,5; w Dreźnie 22,9; w Lipsku 24,0; w Bazylei 14,7; w Brukseli 23,9; w Amsterdamie 26,4; w Hadze 31,6; w Paryżu 22,9; w Londynie 17,8; w Kopenhadze 24,5; w Stokholmie 20,8; w Chrystyjanii 20,1; w Petersburgu 26,0; w Odesie 33,4; w Rzymie 23,3; w Wenecyi 21,1; w Bukareszcie 22,9; w Madrycie 35,3; w Lizbonie 38,6; w Aleksandryi 41,9; w Nowym Yorku 25,4; w Filadelfii 21,5; w Bombayu 27,3; w Madrasie 27,7. *J. B.*

Śmiertelność we Lwowie (liczącym 115.544 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). W tygodniu od 7 do 13 września r. b. umarło osób 67, co odpowiada na rok i 1,000 m. 30,2. W tym czasie umarło 7 osób z ospy, 2 z płonicy, 1 z dławca, 1 z duru brzusznego, 1 z krztuśca.

W tygodniu od 1 do 20 września r. b. zmarło 67 osób, co odpowiada na rok i 1,000 m. 30,6. W tym czasie zmarło 4 osób z ospy, 5 z płonicy, 4 z błonicy.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 1 października. Mieliśmy sposobność oglądania fotogramu zbiorowego uczestników IV Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu. Na kartonie 66cm. długim a $^1/_2$ metra szerokim umieszczono 250 fotografij uczestników w rozmiarach niedużych, ale też i niezbyt małych, tak że podobieństwo nie pozostawiłoby nic do życzenia, gdyby nawet nie było pod każdém popiersiem wyraźnego i bardzo czytelnego nazwiska. Koło popiersi większego formatu Majera, Szokalskiego, hr. Cieszkowskiego i prof. Janovskiego z Pragi czeskiéj bardzo gustownie ugrupowani są członkowie, pomiędzy którymi znajdują się i dwie panie. Odpowiedni napis, widok i herb miasta Poznania oraz ozdoby, rysowane przez K. Damazego przyczyniają się do upiększenia całości, wyszłéj z pracowni fotografów Rivolego i Sp. w Poznaniu. Cena egzemplarza wynosi 10 marek. Egzemplarz nadesłany do Krakowa będzie wystawiony na pierwszém posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego, niezadługo odbyć się mającém.

* Operowany przez prof. Obalińskiego z powodu skręcenia jelit opuścił już szpital w stanie zupełnego zdrowia.

* Sprawa przywrócenia Akademii józefińskiéj w Wiedniu zdawała się być bliską ostatecznego załatwienia i spodziewano się przedłożenia jéj Delegacyjom niezadługo zebrać się mającym. Tymczasem Węgrzy podnieśli protest przeciw przywróceniu Akademii, nie chcąc ze swéj strony przyczynić się do powstania téj szkoły w Wiedniu, gdzie wykłady odbywałyby się wyłącznie po niemiecku, a czyniąc zależném przyzwolenie swoje od założenia podobnéj szkoły z wykładem węgierskim w Budapeszcie. Tym sposobem sprawa cała zapewne odroczoną zostanie *ad calendas graecas*.

* Odkrycie przez pp. Finklera i Priora w Bonnie w odchodach stolcowych ludzi cierpiących na cholerę swojską prątka, podobnego do prątka przecinkowego Kocha, zajmuje w téj chwili umysły lekarzy. Finkler i Prior demonstrowali preparaty swoje w Berlinie, a podobno Koch miał przyznać wielkie podobieństwo, zachodzące między jednym a drugim prątkiem. Ale sąto tylko wieści niepewne i czekać wypada, aż Koch odezwie się. Wobec ważności kwestyi podajemy dziś znów dokładne sprawozdanie z wykładu wspomnionych badaczy, mianego w Magdeburgu, obznajmiwszy już poprzednio czytelnika z pierwszém ich doniesieniem, ogłoszoném przed paru tygodniami w *D. med. Woch.*

* **Warszawa.** Uniwersytet w Giessen, w ktorym prof. Szokalski otrzymał pierwszy swój dyplom doktorski, przysłał mu obecnie dyplom powtórny na uczczenie 50-letniego jego jubileuszu (*Kur. warsz.*).

Dr. Heinrich otrzymał order Anny 2éj kl. a Dr. Kazimierz Rosenthal św. Stanisława 2éj kl.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Prof. higijeny Nowak z powodu schorzenia otrzymał urlop na czas dłuższy a ministerstwo powołało do zastępstwa niedawno mianowanego profesorem nadzw. w Gracu Dra Grubera, ucznia Pettenkofera.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 39: Bujwida: Śluzowe włókna spiralne w plwocinie i wartość ich rozpoznawcza; Zweigbauma: Wypadnięcie pochwy z opadnięciem macicy — częściowe wycięcie — wyzdrowienie. — W *Medycynie* Nr. 39: Kosińskiego: Wycięcie nerki, wykonane d. 13 marca 1884 w Warszawie.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Niniejszém rozpisuje się Konkurs na posadę Asystenta Iszego przy katedrze anatomii opisowéj c. k. Wszechnicy Jagiellońskiéj. Podania należy wnieść do dnia 14 Października br. na ręce dziekana.

Stopczański.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 11 października 1884. **№ 41.** Rok XXIII.

I. Z kliniki okulistycznéj prof. Dra Rydla.

Spostrzeżenia kliniczne nad zaćmą i jéj operacyją poczynione od 1go stycznia 1878 po koniec 1882 roku.

Podał Dr. E. Machek,

docent w Uniw. Jagiell. i b. asystent kliniki okul.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 32).

Kazuistyka strat.

Opisanie przypadków niepomyślnych ma także wielką wartość. Zamierzamy więc zastanowić się nad przyczynami strat, gdyż poznawszy je uczymy się im zapobiegać. Jak już wspomniałem stracono jedenaście ócz.

Przebieg operacyjny był: 1) Zupełnie prawidłowy 4 razy; w trzech z tych przypadków nastąpiła utrata wzroku skutkiem ropienia ranki, w czwartym skutkiem ropienia tęczówki. 2) W jednym przypadku był przebieg operacyi prawidłowy, lecz wystąpił znaczny krwotok do przodkowéj komórki i zapad rogówki i to tego stopnia, że się rogówka talerzykowato zakląkła. Usiłowania wyparcia krwi z komórki przodkowéj za pomocą ucisku na oko pozostały bez skutku; w tym jak i następnym przypadku nastąpiła utrata oka skutkiem ropienia rogówki i ranki. 3) W jednym przypadku pozostały znaczne resztki. 4) Upływ ciałka szklanego już po wystąpieniu soczewki nastąpił w jednym przypadku, w którym oprócz tego pozostały resztki; po operacyi powstało zapalenie tęczówki i ciałka rzęskowego; resztek była znaczna ilość, być więc może, że pęcznienie stało się przyczyną zapalenia. 5) Upływ ciałka szklanego po cięciu rogówkowém w dwóch przypadkach. Soczewkę wydobyto pętlą Webera. W jednym z tych przypadków wypłynęła znaczna część ciałka szklanego; gojenie było prawidłowe i pomyślne, lecz bystrość wzroku tak niedostateczna, że chory palców nie liczył. Wziernik wykazał oderwanie siatkówki. W drugim z tych przypadków utrata oka nastąpiła skutkiem oderwania naczyniówki. W obu tych przypadkach pozostaje niepomyślny wynik w związku z wadliwym przebiegiem operacyi 6) Raz nastąpiło zwichnięcie soczewki, którą uchwycono szczypczykami Liebreicha za zgrubiałą przodkową torebkę. Skutkiem zwichnięcia wystąpiła soczewka naprzód dolnym brzegiem z ranki, gdyż górny brzeg pochylił się ku tyłowi i pogrążył w ciałku szklaném, przyczém się więzadełko Zinna przerwało. Za wydobytą soczewką buchnęło ciałko szklane W tym przypadku usiłowano uchwycić przodkową torebkę soczewkową, i o ile się da, część takowéj wyrwać. Udało się to w innym przypadku, w którym torebka nie była zgrubiałą. Przypadek ten, zdaniem mojém, poucza, że chwytanie przodkowéj torebki, zwłaszcza niezaćmionéj, szczypczykami ząbkowanemi jest niebezpieczne, gdyż w razie nieprzerwania torebki może nastąpić zwichnięcie. 7) W jednym wreszcie przypadku było cięcie rogówkowo-twardówkowe za małe, rankę rozszerzono za pomocą nożyczek, poczém soczewka nie bez trudności i dopiero po silniejszém niż zazwyczaj ugniataniu wystąpiła. W następstwie powstało ropienie tęczówki, a późniéj dopiero ropienie ranki. W tym przypadku najprawdopodobniéj nastąpiło zakażenie. Torebkę soczewkową przerywano dwa razy.

Przyczyną niepomyślnego wypadku co do wzroku było:

Plastyczne zap. tęczówki i ciałka rzęskowego	w przypadkach 2,
Oderwanie naczyniówki	w przypadku 1,
„ siatkówki	w przypadku 1,
Ropienie ranki i rogówki (zakażenie)	w przypadkach 5,
„ tęczówki (zakażenie)	w przypadkach 2,
Razem	11.

W czterech pierwszych przypadkach powyżéj wykazanych, i w jednym przypadku (7), w którym nastąpiło ropienie tęczówki, można wadliwy przebieg operacyi winić o niepomyślny przebieg pooperacyjny, względnie o utratę oka, w sześciu natomiast przypadkach ropienia, które się ukończyły zbliznowaceniem rogówki (*Phthisis corneae*), a w których przebieg operacyi był w całém tego słowa znaczeniu idealnym, winić chyba można niedostateczność naszych śro-

ków przeciwgnilnych, gdyż zakażenie nastąpiło pomimo zastosowania środków, które nauka zaleca. Przypadki te równocześnie pouczają, jak wielką jest doniosłość postępowania przeciwgnilnego, zastosowanego przed i po operacyi.

Złośliwe ropienie oka po operacyi zaćmy z objawami, z których wnosić było można, że nastąpiło skutkiem zakażenia, wystąpiło w roku

1878 w przypadkach 2,
1879 „ 2,
1880 w przypadku 1,
1881 w przypadkach 2,
1882 w żadnym przypadku.

Trudnoby jednakże ztąd wnosić, że w roku 1882 dlatego nie wystąpiło ropienie, że ze szczególną starannością przestrzegano czystości narzędzi operacyjnych i oczyszczania oka, gdyż pod tym względem zawsze z największą postępowano ostrożnością i oględnością. Postępowanie zaś przeciwgnilne wreszcie także takich nie poczyniło postępów, aby mogło zapewnić nam we wszystkich przypadkach gojenie *per primam*. Gojenie zaś nie *per primam* po operacyi zaćmy znaczy tyle, co nieudanie się operacyi czyli utratę oka.

Wspomnieć wreszcie muszę, że w pewnéj ilości przypadków prof. Rydel odstąpił od zalecanego przez Graefego i Arlta sposobu przecinania torebki soczewkowéj, zastępując go nowym, a polegającym na zadaniu torebce trzech cięć, z których pierwsze przebiega poziomo wzdłuż dolnego brzegu źrenicy, drugie środkiem téjże pionowo z dołu w górę, a trzecie znów poziomo wzdłuż górnego brzegu soczewki. O sposobie tym i jego wynikach mówił prof. Rydel w sekcyi oftalmologicznéj czwartego Zjazdu lekarzy i przyrodników w Poznaniu (Dziennik Zjazdu Nr. 4). Dodać wreszcie należy, że zmiana przecinania torebki soczewkowéj zalecona przez prof. Rydla nie stanowi takiéj odmiany w wykonaniu operacyi sposobem Graefego, żeby przypadki te należało wyłączyć ze statystyki operacyj sposobem Graefego.

B. Inne rodzaje zaćm i zaćmy operowane innemi sposobami.

Oprócz zaćm samorodnych niepowikłanych, operowanych obwodowym sposobem Graefego, operowano jeszcze u 63 osób (40 płci męskiéj, a 23 żeńskiéj) zaćmy rozmaitego rodzaju, a mianowicie uskuteczniono tę samą operacyję na obu oczach u 14 osób, na jedném zaś oku u 49 osób. Wszystkiego razem wykonano u tych 63 osób 89 różnych operacyj, wliczając już w to 19 dyscysyj zaćm miękkich samorodnych u osób młodych i cztery irydektomije wykonane celem poprawy bystrości wzroku w przypadkach zaćmy warstwowéj. Nie wliczono zaś tu irydektomij przygotowawczych i wykonanych celem poprawy bystrości wzroku po wykonanéj już poprzednio operacyi zaćmy. Operacyję zaćmy według Graefego wykonano razy 51 w przypadkach innych zaćm niż schyłkowe niepowikłane, dawnych linijowych operacyj 7, płatowych 6, dyscysyj 19, płatowych według Wenzla 2, a irydektomij optycznych w przypadkach zaćmy warstwowéj cztery.

Postacie zaćmy, o których teraz mowa, były następujące:

1. Zaćma suchotorebkowa i błonista samorodna w 9 oczach,
2. Zaćma urazowa w 5 oczach,
3. Zaćma powikłana z różnemi chorobami oka w 43 oczach,
4. Zaćma cukrzycowa w 1 oku,
5. Zaćma miękka samorodna w 12 oczach,
6. Zaćma warstwowa w 6 oczach,
7. Zaćma samorodna schyłkowa niepowikłana, operowana sposobem Beera w 2 oczach.

1) Z powodu zaćmy szczątkowéj (suchotorebkowéj i błoniastéj) samorodnéj operowano 9 ócz u 7 osób, 6 płci męskiéj a 1 płci żeńskiéj. W trzech przypadkach była zaćma obuoczna prawdopodobnie wrodzona lub przynajmniéj powstała w pierwszych latach życia. W jednym z tychże u chłopaka 14 letniego skłoniło nas do operacyi stanowczo twierdzenie, że chory dzieckiem będąc widział dobrze; w drugim przypadku, u 6-letniéj dziewczynki, nadzieja, że po usunięciu zaćmy, oczy, które skutkiem niewidywania nie nabyły zdolności rozpoznawania przedmiotów, zdolność tę jeszcze nabędą. Operacyje pod względem technicznym dobrze się udały. Dna oczu, jak badanie wziernikowe wykazało, były pod każdym względem prawidłowe. Skutek jednakże operacyi pod względem bystrości wzroku nie był pomyślny. Chłopak tak po jak i przed operacyją miał tylko poczucie światła. Chociaż już po pierwszéj operacyi, wykonanéj na oku prawém, nie można było wątpić, że operacyja na oku lewém bystrości wzroku nie poprawi, wykonano ją z powodu usilnych nalegań chorego, który podawał, że po operacyi okiem prawém daleko jaśniéj widzi i lepiéj „blask od nocy odróżnia“. Sześcioletnia dziewczyna przez dłuższy czas po operacyi pozostawała w klinice, postępy jednakże, które robiła w rozpoznawaniu przedmiotów, były bardzo nieznaczne. Z początku wcale nie patrzała na przedmioty jéj pokazywane, późniéj zaś chwytała je i zwracała ku nim oczy, jeżeli mocniéj świeciły (zegarki, pierścionki, klucze). Po wystąpieniu choréj z kliniki więcéj jéj nie widziałem, być więc może, że po dłuższém ćwiczeniu bystrość wzroku jeszcze się poprawiła. W trzecim z tych przypadków, u trzynastoletniego chłopca, operowano tylko jedno oko. Po operacyi powstał mały wolny otwór w źrenicy, ale chory pomimo to palców nie liczył. Środkowa część dna oka była prawidłowa, obwodowych części dojrzeć nie było można. U mężczyzny 35-letniego była na oku lewém zaćma suchotorebkowa, na prawém zaś zaćma samorodna niepowikłana, którą z dobrym skutkiem operowano obwodowym sposobem Graefego. Zaćma na oku lewém powstała skutkiem urazu tępego. W trzech wreszcie dalszych przypadkach zaćma suchotorebkowa była tylko jednostronna, a przyczyna powstania niewiadoma. We wszystkich przypadkach (na 9 oczach) wykonano operacyję obwodowym linijowym sposobem. W pięciu oczach, u trzech osób, o których obszerniéj wyżéj już była mowa, pozostało tylko poczucie światła jak przed operacyją. W czterech innych równała się bystrość wzroku: $^{6}/_{18}$, $^{6}/_{24}$, $^{3}/_{60}$, (w tym przypadku wykonano jeszcze dyscysyję z powodu grubéj zaćmy wtórorzędnéj) a w czwartym $^{0.5}/_{60}$. W tym przypadku techniczny wynik operacyi był bardzo pomyślny, lecz na odzyskanie małéj tylko bystrości wzroku wpłynęły blizny i plamy rogówkowe powstałe po ospie. Dla chorego i ten wynik przedstawiał pewną korzyść, gdyż drugie oko utracił bezpowrotnie skutkiem garbiaka. Późniéj bystrość wzroku poprawiła się tak, że liczył palce na jeden metr, mógł więc bez przewodnika chodzić

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. O skutecznem leczeniu duru brzusznego jodkiem potasu.

Napisał Dr. Henryk Jeleński z Działoszyc.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 40).

13. W. D., lat 16, silnie zbudowany a dotąd zdrów zupełnie, rozchorował się w sposób dopiero co opisany 31/7 1882, zamieszkał w tym samym domu. Rozpoznanie i leczenie to samo co u poprzedniego; przy początkowéj ciepłocie 39·5°, tętnie 108, dałem *Acid. mur. dil.* 2,00:200,0 mięszanki, *2horio cochl.*, oraz zimne okłady. Od 1 do 4 sierpnia ch. 6go, nic nowego, kwasek kontynuuje. D. 5/8, ch. 7go objawy duru brzusznego rozwijają się w całéj pełni, bezsenność z bredzeniem, biegunka do 6ciu stolców dziennie, różyczka na brzuchu bolesnym przy dotyku i klatce piersiowéj, c. 40°, t. 110, przepisano *Kali jodat.* 1,0:200,0 *Dti r. alth.*, *2horio cochl.*, okłady i obmywania zimne daléj, dyjeta pożywna. D. 6, 7/8, ch. 8, 9, stan bez zmiany, zachowanie się to samo. D. 8, 9/8, ch. 10, 11, chory nieco spokojniejszy, sypia częściéj, nie tyle bredzi, biegunka prawie ustała, mocz bez białka. C. 39·2°, t. 104, lekowanie bez zmiany daléj. D. 10, 11/8, ch. 12, 13, nic nowego. D. 12, 13 sierpnia ch. 14 i 15, chory ma się lepiéj. C. 38·6°, t. 100, jodek bierze, żywi się posilniéj, leki zewnętrzne usunięto. D. 14, 15/8, ch. 16, 17, chory wraca do zdrowia szybko bez powikłań, wyżywszy jodku 6,0.

14. A. Kabzińska, kołodziejka, lat 36, dobrze zbudowana, zamężna, karmi 7me swoje 12-tygodniowe dziecko. D. 25/8 1882 zachorowała na chorobę gorączkową. Wezwany d. 28/8, ch. 4go, znalazłem przy pilném badaniu wszystkie objawy duru brzusznego z ciepłotą 39·6°, tętnem 110, od. 36, przepisałem *Acid. mur. dil.* 4,0:230,0 mięszanki, *2horio cochl.* zewnętrznie okłady i obmywania jak zwykle. D. 29/8, ch. 5go, oznaki chorobowe co do głowy, płuc i brzucha w niczém niezmienione. C. 39·5°, t. 110, lekowanie kontynuuje. D. 30 sierpnia, chor. 6go, stan jednaki. Dnia 31 sierpnia, chor. 7, wyraźne pogorszenie, chora żali się na gwaltowny ból głowy, wiele bredzi, niezawsze przytomnie odpowiada, brak zupełny snu, śledziona znacznie się powiększyła, przy ucisku bolesna, różyczka się zjawia, biegunka, mocz zawiera białko. C. 40°, tętno 116; przepisano *Kali jodat.* 2,0:230,0 mięszanki ślazowéj, *2horio cochl.*, posilna dyjeta, środki zewnętrzne jak dotąd. D. 1 września, chor. 8, bez zmiany. D. 2/9, ch. 9, przy ciepłocie 40°, t. 118, dodano do lekowania wino. D. 3/9, ch. 10, chora spokojniejsza, przytomniejsza, nie bredzi tyle, biegunka ustała, mocz ledwie ślad białka zawiera. C. 39·5°, t. 110. D. 4, 5/9, ch. 11, 12, choroba łagodnieje. C. 38·8°, t. 104, wszystko bierze daléj. D. 6, 7/9, ch. 13, 14, chora ma się znacznie lepiéj, sen bez bredzenia, czuje się silniejszą, zupełnie przytomna. C. 38·2°, t. 96, jodek kończy, leki zewnętrzne usunięte. W parę dni przy należytém zachowaniu się choroba przeszła w okres ozdrowienia, który zakończył się szybko i pomyślnie po wyżyciu jodku potasu 8,00.

15. R. J., kupcowa, młoda mężatka, l. 20, dobrze zbudowana, dotąd dość zdrowa, sama karmi 1e dziecko pomimo miesiączkowania. D. 25/9 1882 zachorowała na silną gorączkę z dreszczykami. Wezwany 29/9, ch. 2, znalazłem objawy raczéj żołądkowego cierpienia, jak język grubo obłożony białawym mułem, częste odbijanie się, stolec zaparty od dwóch dni, lekki ból głowy; chora wstaje i przechadza się. C. 39°, t. 100. Ordyn. *Acid. muriat. dil.* 4,0:230,0, mięszanki, *2horio cochl.* D. 30/9 i 1/10, ch. 3 i 4, stan się nie polepsza, stolce dwa wolne. C. 39·4°, t. 106, lek bierze daléj. D. 2 i 3 października, ch. 5 i 6, odsłania się właściwy charakter choroby; silny ból głowy z zawrotem, znaczny szum w uszach, zupełny brak snu, przy zamkniętych oczach zwidywania, lekki kaszel, znacznie powiększona śledziona, bolesność i przelewanie się przy dotyku brzucha w okolicy kątnicy, różyczka choć skąpa, stolec wolny, mocz ze śladem białka; c. 39·6°, t. 110, niewątpliwy obraz duru brzusznego. Kwas solny zostaje, nadto zewnętrznie obmywania i okłady zimne, jak zwykle. D. 4/10, ch. 7, po wyraźném zaostrzeniu się całego przebiegu choroby, c. 40°, t. 116, dodano *Kali jodat.* 2,0:200 *Dti sem. lini.*, *2horio cochl.*, usunąwszy tylko *Acid. muriat.* D. 5/10, ch. 8, nic nowego. D. 6/10, ch. 9go, choroba przybiera niepomyślny obrót; sen niespokojny, bredzenie, stolec wolny, mocz zawiera białko, różyczka skąpa, znaczne ogólne osłabienie. C. 39·8°, t. 116, karmienie dziecka zaniechane, jodek i wino z pożywną dyjetą zalecono, a obok tego środki zewnętrzne D. 7/10, ch. 10, biegunka ustała, zresztą nic. D. 8/10, ch. 11, chora spokojniejsza, w nocy spała lepiéj bez bredzenia, stolca nie było, mocz bez białka; c. 39·2°, t. 104, wszystko kontynuuje. D. 9/10, ch. 12, zwolna zbliża się poprawa. C. 38·8°, t. 96, lek bierze daléj. D. 10/10. ch. 13, przy coraz wyraźniejszém polepszeniu ciepłota 38·2°, t. 90, bierze daléj bez przerwy wszystko. D. 11/10, ch. 14, nic nowego. D. 12/10, ch. 15, zostaje bez leku tylko przy winie i posilném żywieniu. W parę dni późniéj widziałem pacyjentkę ozdrawiającą, która bez pytania zabrała się do dalszego karmienia nieco podupadłego dziecka. Jodku wyżyła 8,0.

16. J. Feuereisen, handlarz, l. 22, silnie zbudowany i dotąd zawsze zdrów, gdyż nie pamięta, aby kiedy lub na co chorował. D. 5/10 1882 zapadł na gorączkę z dreszczykami, bólem głowy, brakiem snu i apetytu. Wezwany 7/10, ch. 3, znalazłem: silny ból głowy, najmniejszy ruch sprawia zamęt i zawrót téjże, przykry szum i dzwonienie w uszach, brak snu, chory się niepokoi i ciągle z boku na bok przewraca, język grubo obłożony, łaknienia brak, pragnienie spore, lekki kaszel, śledziona powiększona, brzuch poduszkowato wzdęty, bolesny przy dotyku w okolicy kątnicy, tamże przelewanie się, stolec wolny 3 razy dziennie, ciepłota 39·6°, tętno 110, moczu na pokaz nie ma. Rozpoznano dur brzuszny w rozwoju i polecono: *Acid. muriat. dil.* 4,0:230,00 mięszanki, *2horio cochl.*, na głowę i brzuch zimne okłady. D. 8 i 9/10, ch. 4 i 5, stan niezmieniony. D. 10/10, ch. 6go, zupełna bezsenność z bredzeniem, stolec wodnisty 4 razy dziennie, na brzuchu ślady występującéj różyczki durowéj. C. 39·8°, t. 115, *Kal. jodat.* 2,00:230,00 *Dti. sem. lini*, *2horio cochl.*, zewnętrznie jak dotąd. D. 11/10, ch. 7, nic nowego. D. 12/10, ch. 8, snu brak zupełny, wiele majaczy, różyczka rozwinięta, stolec zatrzymany. C. 39·5°, t. 110, bierze jodek z dodatkiem wina 3 razy dziennie, reszta jak wyżéj. D. 13/10, ch. 9, stan ten sam. D. 14/10, ch. 10, spał nieco i mniéj majaczył. Ciepłota 39·2°, t. 104, kontynuuje wszystko bez zmiany. Dnia 15 i 16/10, ch. 11 i 12, nic do zanotowania. C. 39°, t. 100, na życzenie chorego zezwalam na letnią kąpiel 28°R. przez 20 minut. D. 17 i 18/10, ch. 13 i 14, wyraźna poprawa. C. 38°, t. 90, kończy jodek bez powtórzenia. D. 19/10, ch. 15, chory ma się lepiéj; przy ciepłocie 37·6, tętnie 84 pożegnałem go, a wkrótce powrócił do zupełnego zdrowia po użyciu jodku 10,0.

17. S. Szydłowska, kramarka, lat 42, zamężna, dzietna,

już nie miesiączkuje. D. 4/11 1882 zachorowała na gorączkę; leczenie domowe bez skutku. D. 9 listopada, ch. 6, znalazłem bez kwestyi wszystkie objawy chorobowe rozwiniętego duru brzusznego, nawet nie brak charakterystycznéj różyczki, do tego chora tak apatyczna i obojętna na wszystko a ciągle stękająca, że zgoła nic z wywiadów wybadać nie można, otrzymując na każde pytanie „nie wiem“ w odpowiedzi. C. 39·4°, t. 110, przepisano *Acid. muriat. dil.* 4,0:230,0 mięszanki, *2horio cochl.*, posilną dyjetę i zewnętrznie jak zwykle. D. 10/11, ch. 7, nic odmiennego. C. 39·6°, t. 110, bierze kwasek. D. 11/11, ch. 8, nic do zanotowania. D. 12/11, ch. 9, pogorszenie wyraźne, zupełna bezsenność z ciągłém bredzeniem, biegunka do 6 wodnistych stolców, obfita różyczka, mocz zawiera nieco białka, znaczne osłabienie. Ciepłota 39·8°, tętno 112, przepisano *Kali jodat.* 2,0:200,00 *2horio cochl.*, wino czerwone po małym kieliszku 3 razy dziennie, dyjeta i zewnętrzne środki bez zmiany. D. 13/11, ch. 10, ani gorzéj, ani lepiéj, wszystko kontynuuje. D. 14/11, ch. 11, snu nieco bez bredzenia, stolce tylko dwa, mocz jeszcze ze śladem białka, lecz chora czuje się znacznie osłabioną, więc dodano *Camphor.* 0,30:200,00 w emulsyi migdałowéj, *2horio cochl.* naprzemian z jodkiem, reszta jak dotąd. D. 15/11, ch. 12, stan jednaki. D. 16, 17/11, ch. 13, 14, chora ma się lepiéj, sen spokojniejszy, stolec uregulowany, mocz bez białka, a ogólnie czuje się chora silniejszą. C. 38·4°, t. 96, bierze sam jodek i wino. D. 18, 19/11, ch. 15 i 16, chora czuje się lepiéj, c. 37·6°, t. 84. zostaje bez leku. W parę dni późniéj znalazłem ją w okresie zupełnego, prawidłowego ozdrowienia; jodku wyżyła 10,0.

18. K. P., rymarz, l. 34, dobrze i silnie zbudowany, z wywiadów nie umie nic szczególnego podać. D. 25/12 1882 poczuł jakieś ogólne ziębnięcie z następową gorączką i bólem głowy. *Ol. Ricini*, parę proszków siarkanu chininu nie sprawiło spodziewanego skutku. D. 28/11, ch. 4, znalazłem silny ból głowy z zawrotem i mąceniem się przy każdym ruchu, w uszach szum i gwizdanie, kaszel nieznaczny z powodu lekkiego nieżytu oskrzelowego, trawienie nijakie, śledziona powiększona, brzuch przy dotyku bolesny osobliwie w prawém biodrze, stolec wolny, chory niespokojny, spać nie może dla nieprzyjemnych snów. C. 39·2°, t. 104 od. 30. Rozpoznano początek d u r u b r z u s z n e g o i przepisano: *Acid. muriat. dil.* 4,0:230,0 mięszanki, *2horio cochl.*, okłady, dyjeta jak zwykle. D. 29/11, ch. 5, stan taki sam, lek bierze daléj. D. 30/11, ch. 6, noc niespokojna, nie spał nic, majaczył, stolec wolny do 4ch razy dziennie, różyczka wyraźna, osłabienie, c. 39·6°, t. 110, przepisałem *Kali jodat.* 2,0:200,0 *Dti. r. alth. 2horio cochl.*, zewnętrznie pilnie kontynuować wszystko. D. 1 grudnia, ch. 7, nic nowego, wszystko kontynuuje. D. 2/12, ch. 8, stan jednaki, bierze jodek z dodatkiem wina. D. 3/12, ch. 9, stolec zatrzymany, zresztą nic do nadmienienia. D. 4/12, ch. 10, noc nieco spokojniejsza, spał lepiéj, bredził nie wiele, c. 39°, t. 100, lek jodowy daléj. D. 5, 6/12, ch. 11, 12, zwolna stan się poprawia, czém się sam chory chwali. C. 38·6°, t. 96, wszystko kontynuuje. D. 7, 8/12, ch. 13, 14, chory ma się lepiéj. C. 38, t. 90, jodek kończy, zostając przy winie i posilnéj dyjecie. Niedługo chory zupełnie ozdrowiał bez żadnych następstw, wyżywszy jodku potasu 10,0.

19. Tob. Lis, furman przy rodzicach, l. 19, szczupło lecz prawidłowo zbudowany, nie podpadał dotąd ważniejszym chorobom. D. 23 marca 1883 r. zachorował na silny ból głowy i kłucie w prawym boku w okolicy dolnych żeber prawdziwych z kaszlem, plwociną krwawo zafarbowaną, wysoką gorączką po jednorazowych dobrowolnych wymiotach. Z domowéj porady zastosował bańki cięte *ad locum dolentem* i wewnątrz *Inf. r. Ipecac.* D. 23/3, ch. 3, znalazłem, silny ból głowy, język grubo obłożony, łaknienia brak, pragnienie znaczne, kaszel częsty, plwociny skąpe i trudno wydzielane, nieco krwawo prążkowane, ból dokuczliwy przy wdechu szczególnie w prawym boku, oddech krótki, przyspieszony. Badanie płuc wykazało, iż okolica grzebienia prawéj łopatki i niżéj cokolwiek aż do pachy daje przy wypuku odgłos przytępiony i przytłumiony, przy słuchaniu zaś szmery oskrzelowe, choć dość słabe obok rzężeń i trzeszczeń a cokolwiek niżéj miejsca zajętego wyraźne tarcie opłucnowe aż do żeber fałszywych téjże strony. Brzuch nieco wzdęty, prawe biodro wrażliwe na dotyk, stolca brak, w moczu chlorki bardzo skąpe, białka nie ma. C. 39·2°, t. 110, odd. 40. Rozpoznano: *Pleuropneumonia dextra* i przepisano: *Hydrarg. muriat. mit. Pulv. hb. digit. purp. āā* 0,03, *d. t. dos. Nr. XII, 2horio pulvis*, piersi i głowę pilnie zimno okładać, dyjeta lekka. D. 26, 27/3, ch. 4, 5, choroba płuca prawego nieco złagodzona, kaszle, mało odkrztusza, plwociny bez krwi. C. 39·4°, t. 108, od. 40, przepisano *Inf. r. Seneg.* (*e.* 6,0:200,0), *Liqu. ammon. anisat. 2,0, 2horio cochl.*; zewnętrznie jak dawniéj. D. 28/3, ch. 3, obok choroby płucnéj, zresztą już dość złagodzonéj, skoro ból, kaszel, plwociny i znaki fizyczne znacznie mniejsze, zjawiają się objawy innego rodzaju, chory bowiem poczyna nagle użalać się na silnie zaostrzony ból i zawrót głowy, brak snu, bredzenie, zrywa się, język silnie drżący, śledziona znaczniéj powiększona, w okolicy prawego biodra przelewa się w brzuchu i boli przy lekkim już ucisku, biegunka do 10 wypróżnień na dobę oraz różyczka. C. 40·2°, t, 116, występuje widocznie jako powikłanie d u r b r z u s z n y, zwany wyrazem technicznym *pneumotyphus.* W takim stanie bez wahania przepisałem *Kali jodat.* 2,0:200,0 mięszanki ślazowéj, *2horio cochl.* naprzemian z *Inf. r. Seneg.*, wino i posilną dyjetę. D. 29/3, ch. 7, stan jednaki, chory ciągle wstaje, majaczy, nieprzytomny, kaszle mało, plwociny białawe, czyste, zbite, biegunka do 5 stolców w ostatniéj dobie, mocz bez białka, ciepłota jak dawniéj; lekowanie kontynuuje. D. 30/3, ch. 8, nic się nie zmieniło. C. 39·8°, t. 112. D. 31/3, ch. 9, stan niedobry, snu mało, prawie nic, ciągłe bredzenie, stolce dwa, kaszel nieznaczny, natomiast znaczne osłabienie, zachodzi obawa zapadu. C. 39·6°, t. 110, dodano *Camph.* 0,20:200,0 mięszanki migdałowéj, zalecając brać naprzemian z jodkiem. D. 1/4, ch. 10, chory nieco przytomniejszy, spokojniejszy, nie zrywa się, stolec zatrzymany. C. 39·4°, t. 108, lekowanie toż samo daléj. D. 2, 3/4, ch. 11, 12, wyraźna poprawa i cała burza uspokaja się, chory spokojny, śpi bez majaczenia, nie utyskuje jak dotąd. C. 39°, t. 102, bierze sam jodek obok wina i posilnéj dyjety; sprawa płucna tymczasem zupełnie się uregulowała. D. 4/4, chor. 13, nic nowego. D. 5, 6/4, chor. 14, 15, chory ma się coraz lepiéj. C. 38°, t. 90, jodek kończy. W kilka dni późniéj widziałem młodzieńca w okresie zupełnego ozdrowienia bez nawrotów choroby lub innych następstw. Jodku wyżył 10,00. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. S a m u e l: **O wstrzykiwaniu podskórném lub do żył jako metodach leczniczych w cholerze.**

S. stawia sobie pytanie: jakiéj zmiany doznają zap-

trywania na leczenie cholery pod wpływem odkrycia Kocha, że prątek przecinkowy stanowi jéj przyrzut?

Dowodu na twierdzenie swoje nie dostarcza Koch w drodze doświadczalnéj, jedynie z równoczesności rozwoju prątka i sprawy chorobowéj wnosi o ich związku etyjologicznym. Niepowodzenie doświadczeń przypisuje odporności wszystkich zwierząt na wpływ prątka i to nietylko tych, których się zazwyczaj używa do doświadczeń, lecz i tych, które żyją wśród ludzi. K. podaje, że nadaremnie wprowadzał hodowle prątka do przewodu pokarmowego zwierząt zdrowych i schorzałych w skutek podawania leków czyszczących, nie wspomina wprawdzie nigdzie wyraźnie, jakoby świń używał również do swoich doświadczeń, musiał to jednak czynić, gdyż zdanie ogólnie w téj mierze wypowiedziane nie byłoby usprawiedliwioném.

Doświadczenia z rezultatem dodatnim są dwojakie. Wśród jednych wstrzykiwał K. hodowle prątków do żył królików, które potém „bardzo chorowały,“ jednak po kilku dniach do zdrowia powracały, wśród innych doświadczeń wstrzykiwał je do jamy brzusznéj myszy i sprowadzał śmierć tych zwierząt po upływie 24 do 48 godzin, a prątki można było wykryć we krwi. Zdaniem S. jest wszystko wśród tych doświadczeń wątpliwém oprócz tego pewnika, że małe ilości prątków są nie szkodliwe, czém różnią się te prątki od przyrzutów chorób zakaźnych; czy w tych przypadkach nie należy choroby zwierząt przypisać zatorowi, tego nawet wykluczyć nie można. Uderzającém jest spostrzeżenie, że u myszy można wykryć prątki we krwi, chociaż u człowieka to się nie udało pomimo obecności ich w jelicie. Na dowód, że cholera nie ima się zwierząt, przytacza, że nie ma dotąd przykładu, żeby choroba ta pojawiła się dobrowolnie u zwierząt, a sprawy chorobowéj tego rodzaju nie zdołał wywołać u zwierząt żywiąc je odchodami cholerycznych, zaś poszukiwania w Bengalu, gdzie cholera niewygasa, nie wykazały, żeby zwierzęta zapadały na podobną chorobę pomimo, że na każdym kroku mogą się zetknąć z przyrzutem.

Jakże jednak pogodzić te twierdzenia z podaniem Dra Richardsa, cytowaném przez Kocha, który żywiąc świnie wielkiemi ilościami odchodów cholerycznych przekonał się, że zwierzęta te ginęły w przeciągu czasu od 15 minut do $2^1/_2$ godziny wśród drgawek? Ze wszystkich zwierząt domowych są świnie najsposobniejszemi do spożycia przyrzutu cholery, a czyżby zaraza podobna wśród zwierząt mogła ujść uwadze mieszkańców wśród przebiegu cholery w Azyi lub Europie? Koch nie przytacza wcale, wśród jakich warunków wykonał Richards swoje doświadczenia, nie wiemy nic o rodzaju odchodów używanych przez R., czy nie pochodziły one może od ludzi, którym podawano pewne leki, nie wiemy, czy one były świeże lub dawniejsze i czy robiono doświadczenia kontrolujące z odchodami chorych na zwykłą biegunkę. Z doświadczeń Richardsa, tak jak je Koch przytacza, nie można wysnuwać żadnych wniosków, Koch jednak podał je już dyskusyi i na ich podstawie zbudował śmiale twierdzenie o powstawaniu pewnych istot trujących w odchodach cholerycznych. Same doświadczenia Richardsa przemawiają tedy przeciw odporności świń w obec przyrzutu cholery, co się zaś tyczy owych istot trujących, to ich istnienie musi być rozchwianém w obec doświadczenia R., że treść jelit świni padłéj w skutek rzekomego zakażenia podana innéj świni nie okazała się dla niéj wcale zgubną, chociaż powinnaby wywrzeć na drugie zwierzę wpływ szkodliwy, jakkolwiek w niższym stopniu. Nie ma również dowodu na to, że krew zwierzęcia padłego jest trującą. Dopóki więc nie ma dosadniejszych dowodów, wątpić należy, czy prątki przecinkowe można przeszczepić i czy odchody choleryczne zawierają istoty trujące. Spostrzenia ogłoszone przez Nicatego i Rietscha (Przegl. Lek. Nr. 40 z r. b.) uważać należy jeszcze za doniesienie tymczasowe.

Aby wykazać związek etyjologiczny pomiędzy rozwojem pasorzyta a sprawą choleryczną, należy udowodnić nader ściśle, że prątek dostaje się do organizmu przed wybuchem choroby, że mnoży się w miarę wzmagania się przypadów a zmniejsza w czasie ich ustawania. Najtrudniéj udowodnić pierwsze z tych twierdzeń a to z powodu względnie małéj ilości prątków w organizmie w tym okresie, łatwiéj byłoby może wykazać je w wodzie służącéj do picia. Okoliczność, że Koch wykrył prątki przecinkowe w tankach indyjskich, z których wodę pito, nie może stanowić tutaj ścisłego dowodu, gdyż tanki służyły ua zbiorniki wszystkich nieczystości już w czasie wybuchu zarazy. Dowód Kocha opiera się na tém, że na szczycie sprawy chorobowéj jest treść jelit prawie jednostajną zawiesiną prątków. Badania jego wykazały również, że miejscowo można wykazać związek ich ze sprawą chorobową. Wątpliwość jednak nasuwa się w obec twierdzenia K., że nie zawsze można wśród badania mikroskopowego napotkać ilość prątków dostateczną do przeprowadzenia dowodu i częstokroć należy się uciec do hodowli; niemniéj ważném jest, że w wymiocinach tylko dwa razy dotąd zdołano prątki wykazać a rodzaj wymiocin wskazywał, że pochodzą one z jelit i siłą tłoczni brzusznéj wyparte zostały do żołądka, ztąd wniosek, że prątki gnieżdżą się tylko w pewnym odcinku przewodu jelitowego, tam rosną i mnożą się, a w inne miejsca bywają tylko przewlekane.

Znikanie prątków z ustawaniem przypadów chorobowych stwierdził Koch, i w téj mierze istnieje zupełna zgodność pomiędzy bijologiją pasorzyta a sprawą chorobową. Nie wykazano jednak przyczyn, które sprawiają, że prątek w tym czasie ginie w jelicie, chociaż po za ustrojem można go znacznie dłużéj hodować i mnożyć. Gdyby istoty gnilne mogły powstrzymać rozwój prątka, nie mógłby on wcale istnieć w jelicie, gdzie przecież prątki gnilne znajdują się podostatkiem. Przyczyny tak szybkiego znikania prątków w ustroju szukać należy w pewnéj nieznanéj ich właściwości a wcale zaś nie w wybroczynach do jelita, gdyż w przypadkach bez wybroczyn widać zupełnie taki sam przebieg. Ta zgodność bijologii prątka z przebiegiem przypadów cholery przemawia za tém, że on jest jéj sprawcą.

Jeżeli nadto okaże się, że prątek jest specyficznym dla téj sprawy chorobowéj, że nie ma żadnéj innéj, w któréjby go wykazać było można, stanowić to będzie dowód dostateczny do wykazania związku etyjologicznego nawet bez doświadczeń z dodatnim rezultatem. (Uwagę niniejszą napisał autor jeszcze przed wykazaniem prątka w cholerze swojskiéj przez Finklera i Priora i przed ogłoszeniem Lewisa, który podobny prątek miał znaleść w ślinie).

W przewodzie pokarmowym wywolują prątki szereg zmian, które uważać należy za ostre zapalne, ograniczające się do dolnych części kiszek cienkich. Prątki dostają się już to do gruczołów łagiewkowych już też to pomiędzy przybłonek a błonę podstawową i unoszą przybłonek. Czasami dostają się one nawet głębiéj w tkaninę. W ślad prątków przecinkowych wchodzą teraz inne prątki, a skoro się zważy wszystkie zmiany anatomiczne, nie można zaprzeczyć, że

mogą być wywołane przez wtargnienie prątków. To wtargnienie wywołuje cały szereg zmian mechanicznych a mianowicie wzniesienie i zniszczenie przyblonka i inne przeszkody w odżywianiu, w ślad których następują sprawy zapalne. Innego tłumaczenia wcale nie potrzeba do wytlumaczenia zmian znajdowanych. Wcale jednak nie jest wykluczoną możliwość, że obok zmian wyliczonych ma miejsce działanie istót trujących, powstałych na tle przemiany materyi w ustrojach prątków, że istoty owe dostają się do krwi i działać mogą zgubnie na cały organizm. Nie można zaprzecyć, że wśród licznych produktów życia rozmaitych prątków znajdują się istoty trujące obok ciał przyrody obojętnéj. Dla prątków przecinkowych należałoby to wykazać dopiero dowodząc, że odchody choleryczne i krew chorych na cholerę są trujące. Doświadczenia Richardsa, które Koch na dowód przytacza, wcale tego nie dowodzą. Gdyby bowiem odchody choleryczne były trującemi, musiałaby podczas panowania epidemii cholery w pewnéj miejscowości ulegać pewna liczba świń otruciu, czego dotąd nigdzie nie nie zauważono. Możliwém jakkolwiek nie bardzo prawdopodobném jest, żeby trucizna, która zabija świnie w przeciągu $1^1/_2$ godziny, była nieszkodliwą dla innych zwierząt, n. p. psów, kotów, gołębi, kur itp. Ażeby w powstawanie trucizn w jelicie chorego na cholerę można było uwierzyć, potrzeba więcéj jeszcze spostrzeżeń bez zarzutu niż dotychczasowe. Gdyby świeżo powstające trucizny były przyczyną schorzenia jelita, musiałyby zmiany w jelicie zajmować większe przestrzenie, odpowiednio do nagromadzenia się wydzielin a nie pozostawać w tak ścisłym związku z lokalizacyją prątków, jak to Koch nam opisuje. Oprócz tego musiałaby krew chorych na cholerę działać również trująco a dotąd niema ani jednego doświadczenia, któreby to stwierdzało. Na twierdzenie Kocha, że napad cholery uważać należy za otrucie, nie stanowi dowodu okoliczność, że w niektórych przypadkach, w których mało tylko odchodów oddali chorzy, za życia mało również znaleziono wydzielin w jelicie, gdyż najprzód indywidualność chorych gra tutaj pewną rolę i utrata soków u osób przedtém schorzałych nabiera bez wątpienia prędzéj znaczenia aniżeli u osób przedtém zupełnie zdrowych, powtóre uwzględnić należy pewne odruchowe działanie na serce ze strony jelit a znane są przecież przypadki, w których na czynność serca wywiera wpływ biegunka ba nawet silniejsze morzysko. Pojmowanie napadów cholery jako otruć nie jest więc wcale usprawiedliwioném a co ważniejsza może szkodliwie wpłynąć na zabiegi lecznicze. Leczenie otrucia, w którém nie jest znaną trucizna, polegać musi jedynie na skrzepianiu i pobudzaniu czynności serca, podupadającéj pod wpływem trucizny, a że samo pobudzanie czynności serca nie wystarcza, pouczają doświadczenia Osera i Draschego poczynione we Wiedniu w roku 1866.

(Dokończenie nastąpi).

Hueppe: **Lasecznik cholery azyjatyckiéj i cholery swojskiéj.**

W wykładzie mianym na tegorocznym Zjeździe przyrodników w Magdeburgu streścili Finkler i Prior (*Przegląd Lekarski*, 1884, Nr. 39 i 40) wyniki swych badań w następujących słowach: cholerze swojskiéj jest właściwym prątek, który jako lasecznik przecinkowy odpowiada zupełnie nietylko swą postacią, ale także własnościami bijologicznemi lasecznikowi przecinkowemu cholery azyjatyckiéj, — nadto posiada on pewne właściwości, których dotychczas nie zdołano jeszcze wykryć dla lasecznika cholery azyjatyckiéj.

Przeciw tym zapatrywaniom wspomnianych badaczy występuje Hueppe z krytyką, wychodząc z założenia, że dla wykazania, że jakiś prątek jest przyczyną pewnéj choroby, należy według obecnego stanu nauki odpowiedzieć na trzy zasadnicze pytania, z których pierwsze odnosi się do postaci prątka, drugie do jego hodowli, a trzecie zajmuje się jego przeszczepieniem na zwierzęta. Otóż zdaniem Hueppego odpowiedzieli Finkler i Prior właściwie tylko na pierwsze z tych pytań. O zachowaniu się bowiem wykrytych prątków do ściany jelit nie mogli F. i P. nic powiedzieć z téj prostéj przyczyny, że nie mieli sposobności wykonania sekcyi. Oględziny jednak pośmiertne są wszędzie tam nader wielkiéj doniosłości, gdzie nie można wykonać doświadczeń na zwierzętach. To też badania Kocha mają swą wielką wagę właśnie dla tego, że on wykazał obecność laseczników przecinkowych w ścianie jelit osób z cholery azyjatyckiéj zmarłych i wytłumaczył ich usadowieniem się w przewodzie pokarmowym wszystkie towarzyszące patologiczne i kliniczne fakta. Z braku więc materyjału sekcyjnego nie byli w stanie F. i P. dostarczyć choćby prawdopodobnego tylko dowodu, że odkryte prątki są istotnie przyczyną cholery swojskiéj. Wprawdzie Hueppe nie wyklucza możebności, że zdanie wspomnianych badaczy może być słuszném, kładzie atoli wyraźny nacisk na tę okoliczność, że wobec braku innych dowodów powinni byli F. i P. postarać się wprzód o rozbiór zwłok, nim ośmielili się wnioskować, że odkryte przez siebie prątki są identycznemi z lasecznikami przecinkowemi Kocha. (W zapale krytyki wymaga Hueppe nieco za wiele od znanéj powszechnie z dobrotliwości cholery swojskiéj, bardzo nawet bowiem groźne przypadki cholery swojskiéj, wybuchłéj w Bonnie, zakończyły się wszystkie pomyślnie, a w dwóch przypadkach śmierci wrzekomo z cholery swojskiéj, które przydarzyły się w Wiedniu w czasie upałów letnich, a które to przypadki miał sposobność Koch badać, pozostało rozpoznanie w zawieszeniu między cholerą swojską a rażeniem słoneczném. Na wynik więc sekcyi zmarłych z cholery swojskiéj zapewne długo jeszcze czekać przyjdzie. *Przypisek referenta).*

Otóż zdaniem Hueppego pozostaje jeszcze tylko do omówienia podanie Finklera i Priora, że w świeżych stolcach napotkali oprócz mnóstwa prątków laseczniki zakrzywione, podczas gdy w późniejszych stolcach wodnistych znajdowali same tylko drobne zaczynniki. Laseczniki przecinkowe cholery azyjatyckiéj określono na niemieckiéj konferencyi o cholerze jako mętwiki (*vibrio*) czystéj krwi. Poruszają się one bardzo żywo, nie tworzą zarodników; łukowato zakrzywione, podobne do przecinków, laseczniki rozkrzewiają się za pomocą dzielenia, a przez zetknięcie się kilku laseczników powstają esowate postacie. W przeciwstawieniu do tego prostego i jasnego obrazu opisują Finkler i Prior postacie zarodcze, z których powstawać mają laseczniki przecinkowe, następnie grube prątki kręte i zbite masy laseczników, które co dopiero wysypały się z pękniętéj przegródki. Jeżeli zatém opisane te postacie przejściowe rzeczywiście istnieją, to sądzi Hueppe, że prątki te muszą być zupełnie czémś innem, niż mętwikami, i że pojawienie się przecinkowéj postaci w pewném stadyjum rozwoju nie uprawnia jeszcze wcale do porównywania téj postaci z mętwikami, do których lasecznik przecinkowy cholery azyjatyckiéj należy. W ślinie i w osadzie, tworzącym się na zębach, znajdują się, jak to Lewis wykazał, mętwiki, które przebiegają w swym rozwoju wszystkie stadyja, podobnie

jak to Finkler i Prior o swych laseeznikach opisują. Należy zatém przypuścić, sądzi Hueppe, że w cholerze swojskiéj przechodzą te mętwiki bezkarnie z powodu istniejącego nieżytu żołądkowego przez żołądek i pojawiają się w wydzielinach stolcowych, podczas gdy przy zdrowym stanie żołądka zostają strawione.

Wreszcie utrzymuje Hueppe, że przedstawione przez Finklera i Priora wyhodowane laseczniki i ich formy przejściowe nie są wynikiem tak zwanéj czystéj hodowli (*Reincultur*) i że dla tego nie dziwi się, że niektóre postacie mogły aż do złudzenia podobnie wyglądać jak laseczniki przecinkowe Kocha.

W końcu wyraża H. niewczesny żal, że w chwili, gdy właśnie subtelna technika szkoły Kocha zaczyna sobie coraz więcéj zyskiwać zaufania do badań prątków, zrobili F. i P. podwójnie nieostrożny krok zachwiewając przez swą pracę wspomniane zaufanie (?!). *(Deutsche medic. Wochenschrift*, 1884, Nr. 40). *Dr. Prus.*

Doc. Dr. Karol Chodounský: **Klimatyczne leczenie gruźlicy płuc.** (Praga, 1884 r. Odbitka z Časopisu l. č.) [1]).

Streścił Dr. A. Kwaśnicki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 38).

Klimat niskich wybrzeży pomorskich wywiera więcéj pobudzający wpływ na organizm, aniżeli klimat nizin śródlądowych, więcéj przeto nadaje się dla suchotników wyniszczonych i dla postaci postępującej gruźlicy. Wspólną cechą stacyj pomorskich jest czyste bogate w ozon powietrze, z miernem i stałém wahaniem się ciśnienia barometrycznego; czém bliżéj brzegu morskiego, tém więcéj powietrze zawiera pary wodnéj, a najwięcéj na wyspach; co do ciepłoty, to takowe stale jest łagodniejsze na brzegach morskich, a jasność firmamentu równa się czystemu przeźroczu gór.

Należy rozróżnić co do wpływu leczniczego stacyje położone nad samém morzem od stacyj oddalonych od takowego. W pierwszych, zwłaszcza jeśli tam morze zazwyczaj bywa wzburzone, powietrze zawiera kropelki rozpylonéj wody morskiéj, i z tego względu chorzy podpadający krwotokom płucnym nie powinni w nich przebywać. Osoby nerwowe i nieobyte z morzem często ulegają w skutek szumu fal rostrojowi nerwowemu i cierpią na bezsenność. Nie zawadzi tu przypomnieć, że chorzy nie powinni szukać mieszkania w środku miasta, dla powodów, o których wyżéj mówiliśmy, lecz w okolicznych wilach, pensyjonatach, umyślnie na ten cel zbudowanych; samo mieszkanie powinno być od wschodniéj lub wschodniopołudniowéj strony, koniecznie obszerne; przytém chorzy powinni zaopatrzyć okna i drzwi, które zwykle na południu posiadają liczne szpary. Ze względu na to, że ciepłota najniższa na brzegu morskim przypada na wschód i zachód słońca (Jaccoud), chorzy o téj porze doby nie powinni wychodzić z mieszkania; najwłaściwszy czas dla pobytu chorych na powietrzu jest pora od godziny 10 do 4 po południu. Dla oryjentowania się w wyborze stacyi doradza Dr. Chodounsky brać na wzgląd, że wschodnia część Riviery jest wilgotniejsza, natomiast zachodnia (francuska) jest cieplejsza; najlepsze warunki posiada Cannes. Najwłaściwszy czas wyjazdu z naszego klimatu na pobyt zimowy w stacyjach przymorskich jest podług autora połowa października.

Klimat górski na wyżynie 1000 m. i wyżéj ma powietrze o tyle rozrzedzone, że sprawia ono znaczne zmiany w krążeniu i oddechaniu, które wpływając korzystnie na odżywienie organizmu, oddziaływają przez to na zaburzenia chorobowe w płucach: oddechanie staje się głębszém, klatka piersiowa rozszerza się znaczniéj i układ mięśniowy biorący udział w oddechaniu zostaje pobudzony do współczynności; skurcze serca stają się mocniejszemi, krążenie pełniejszém a krew krąży obficiéj w obwodzie ciała. W obec zmienionych okoliczności fizyjologicznych organizm wystawiony na działanie tych wpływów staje się żywotniejszym, klatka piersiowa zwiększa pojemność, mięśnie oddechowe i mięsień sercowy przybierają siły, wymiana pierwiastków oddechania staje się dokładniejszą, szczególnie w szczytach, a wzmocniona czynność oddechowa i cyrkulacyjna zapobiegają zastoinom płucnym; ta ostatnia okoliczność wraz z uniedokrewnieniem w górach trzew (a więc i płuc), jest przyczyną, że w strefach tych ustaje skłonność do krwotoków płucnych. Obok wymienionych czynników wielkiego jest znaczenia aseptyczna czystość powietrza, jego zamożność w ozon i mała ilość wilgoci bez względu na porę roku. Zasadą leczenia suchot w sferze górskiéj jest długotrwałe w niéj przebywanie.

W dalszym ciągu autor zbija zarzuty czynione warunkom pobytu suchotników w górach: doświadczenie i nauka dały odprawę zarzutowi, że w skutek znacznego rozrzedzenia powietrza w górach za mało dostaje się tlenu do organizmu; tém więcéj ten zarzut należy odeprzeć, że stacyje klimatyczne nie wznoszą się nigdzie ponad 1900 m. Następnie podnoszą się głosy, że w górach nieżyty oskrzeli i zapalenia płuc są częstsze; przedewszystkiém chorzy z skłonnością do stanów zapalnych płuc nie bywają wysyłani do klimatu górskiego; powtóre, klimatyczne stacyje górskie są pourządzane w miejscach zabezpieczonych od silnych i chłodnych wiatrów. Zarzucano również, że szkodliwym jest dla suchotników pobyt w górach w porze zimowéj i podczas odwilży śnieżnéj: lecz niezbitym jest faktem, że zima w górach bywa sucha, łagodna, słoneczna, i że termiczne warunki umożebniają chorym wychodzenie z domów, z wyjątkiem może 14 dni, kiedy taje ostatnia warstwa śniegu; w tym czasie chorzy przebywają na werandach i balkonach. Z górskich uzdrowisk, których jest wiele po całym kontynencie, najwięcéj odznaczają się dobremi warunkami alpejskie, jak Davos am Platz i Davos Dörfli, potém idzie St. Moritz. Pobyt w nich jest całoroczny.

Wskazania. Leczenie gruźlicy w dzisiejszym stanie nauki przedewszystkiém zasadza się na zbadaniu i zwalczaniu przyczyn; jest ona chorobą najczęściéj dziedziczną, czasem wrodzoną lub nabytą. Do suchot płucnych usposobiają następujące okoliczności: 1) przedwczesne skostnienie chrząstek żebrowych, sprowadzające nieproporcyjonalny rozwój klatki piersiowéj, a w następstwie niedokładność czynności oddechowych; 2) wątłość układu mięśniowego, biorącego udział w czynności oddechowéj, przez co powstaje słaba rozszerzalność szczytów płucnych i następowe zastoinowe przekrwienia; 3) słabość mięśni prowadzi często do zaklęsania okolicy barko-szczytowéj, co ścieśnia wymiary klatki piersiowéj; 4) zwątlenie mięśnia sercowego z następowém zlenieniem krążenia; 5) zmniejszona pojemność płuc. W obec tych okoliczności, usposobiających do suchot płucnych zadanie terapii staje się jasném: 1) poprawić odżywienie chorego i usunąć przyczyny osłabiające; 2) uchronić płuca od wszelkich wpływów podrażniających; 3) wzmocnić mięśnie klatki piersiowéj i dążyć do rozszerzenia górnéj jéj połowy; 4) pobudzić krążenie przez wzmocnienie mięśnia sercowego; 5) poprawić całą czynność oddechową. Z tych pięciu zadań pierwsze tylko może być uskutecznione drogą apteczną; dla reszty

[1]) Z przyczyn od szan. sprawozdawcy niezależnych spóźnione. *Red.*

należy szukać pomocy w dobrych warunkach klimatycznych.

Tu miejsce wykazać, w jakim stopniu klatka piersiowa daje się stale rozszerzyć w klimacie górskim: 1) ta część klatki piersiowéj, która znajduje się nad płucem zdrowém, prędzéj ulegnie rozszerzeniu się, aniżeli pokrywająca płuco chore; 2) rozszerzenie się klatki piersiowéj częściéj powstaje ku przodowi, aniżeli na boki, czasem następuje w obu kierunkach; 3) rozszerzenie najczęściéj spostrzega się w górnéj połowie klatki piersiowéj, zwłaszcza w wysokości 3-go żebra; 4) pobyt w górach jest niezbędnym warunkiem rozszerzenia klatki piersiowéj; 5) rozszerzenie klatki piersiowéj po większéj części pozostaje na zawsze, pomimo powrotu chorych z gór na niziny.

Leczenie zapobiegawcze (profilaktyczne) jest wskazane we wszystkich tych okolicznościach, które do suchot płucnych usposabiają; tu należą osobniki dziedzicznie usposobione, dzieci syfilityków, cierpiących na cukrzycę, opilców, zołzowych itd.; następnie osoby, które w skutek przebytych chorób uległy deformacyi klatki piersiowéj; od wpływu klimatu górskiego możemy spodziewać się złagodzenia lub usunięcia tych przyczyn usposabiających, zwłaszcza jeżeli pobyt w stacyjach górskich od dziecięctwa jest zastósowany; gdyż jeśli choroba już zdeklaruje się, małe pozostają widoki pomyślnego wyniku zachodów leczniczych; a chociaż radykalne wyleczenie suchót płucnych górskim klimatem jest nieprawdopodobném, pomimo to pobyt w górach należy jeszcze do najskuteczniejszych zachodów w leczeniu gruźlicy.

W dalszym ciągu przytacza jeszcze Dr. Chodounsky liczby statystyczne, dowodzące wpływu leczniczego klimatu górskiego na przebieg suchót płucnych. Autor zebrał statystykę wszystkich większych zakładów na obu półkulach, lecz pomimo przekonywającego znaczenia tych liczb nie możemy ich tu przytoczyć, a to z obawy nieprzekroczenia granic sprawozdania. (Dok. n.)

Dr. Zillner: **O otruciu chloranem potasowym.**

(Wykład próbny wygłoszony dnia 3 maja rb.)

Niejednokrotnie zdawano już w Przeglądzie Lekarskim sprawę z przypadków tego otrucia, a jakkolwiek kazuistyka nie zbyt dotąd obfituje w przypadki, to jednak te, które dotąd opisano, były tak dokładnie obserwowane, że nie wiele pozostaje już do zbadania, nie wiele też nowych dat spodziewać się można po wymienionéj pracy Z. Autor już po raz wtóry zabiera głos w téj sprawie (zob. Przegl. Lek. 1882, Nr. 46, 1883, Nr. 1 i 12), w treściwym wykładzie swoim zastanawia się nad chemiczną zmianą krwi, którą to zmianę łatwo i w rurce odczynnikowéj wywołać można. Dodawszy do świeżéj krwi trupiéj nieco chloranu potasowego spostrzega się, że treść rurki przybiera barwę jasno-czerwoną, tak jak krew mięszana przez pewien czas z powietrzem, czyli że hemoglobin krwi zamienił się w oksyhemoglobin. Dopiero w godzinę lub nieco późniéj nastaje właściwa zmiana: krew barwi się szaro brunatno. W przyrządzie widmowym widać wprawdzie dwie pręgi hemoglobinu, lecz oprócz nich nową pręgę w polu czerwoném widoczną, zwłaszcza w rozczynach zgęszczonych. Stopniowo znikają obie pręgi oksyhemoglobinu, krew barwi się mocniéj brunatno i na widmie widać już tylko jedną, ową pręgę w polu czerwoném. Czerwona barwa krwi nie występuje nawet pomimo kłócenia z powietrzem, krew tedy utraciła własność przyjmowania tlenu. Dodając teraz istot odtleniających, np. siarczku amonu, widzi się, że pręga w polu czerwoném znika a występuje niedokładnie odgraniczona pręga właściwa hemoglobinowi odtlenionemu. Po kłóceniu z powietrzem barwa czerwona staje się żywszą, a spektroskop wykazuje znowu pręgi oksyhemoglobinu. Ciałem, które powstaje pod wpływem chloranu potasowego jest methemoglobin, a do powstania jego przyczyniają się wszystkie połączenia, które wydają tlen w zetknięciu z ciałami organicznemi. Methemoglobin nie jest jednakże, według najnowszych badań Hoppe-Seylera, Hüfnera i Külza, ciałem więcéj utlenioném niż oksyhemoglobin, tlenu zawiera on tę samą ilość, jednak drobiny jego są zapewne inaczéj ułożone; methemoglobin powstaje również w skutek oddechania azotynem anilowym i w skutek wstrzyknięcia azotanu sodowego do krwi.

Prawie wszystkie przypadki otrucia tą solą znane dotąd są przyrody leczniczéj; dawkę trującą i śmiertelną trudno oznaczyć a w téj mierze nie zgadzają się podania autorów. Najczęściéj ginęli dorośli po użyciu dawki 25 do 40 grm., śmierć następowała po upływie jednego lub dwu dni; zdarzały się jednak przypadki że 10 lub 15 gm. również śmierć sprowadzały. Dla dzieci podaje Jacobi dawkę maksymalną 1·25 gm., dla dzieci poniżéj lat 3 dawkę 2·0 gm. na dzień.

Autor przedstawia treściwie obraz kliniczny zatrucia, a wreszcie kreśli obraz sekcyjny, który objaśnia załączonemi rycinami przedstawiającemi zmiany w nerkach. Cały wykład jędrny, obejmuje wszystkie szczegóły patologii otrucia niedawno wprawdzie rozpoznanego, jednak już dokładnie zbadanego. (*Wiener med. Woch.* Nr. 33 i 34, 1884).

Dr. Schaitter.

IV. Sekcyja okulistyczna na Kongresie międzynarodowym lekarskim w Kopenhadze 1884 r.

Sprawozdanie Dra B. Wicherkiewicza.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 40).

Po powyższych trzech odczytach zamknięto przedpołudniowe a w godzinę późniéj otworzono popołudniowe posiedzenie, któremu przewodniczył E. Meyer. Udzielił on najpierw głosu młodemu asystentowi kliniki erlangskiéj Drowi Wolffbergowi do odczytu pod tytułem: Metoda badania czucia światła oparta na zależności wzajemnéj czucia barw i czucia światła.

Jasność przedmiotu zależy:

1. Od absolutnéj jasności w oświeceniu (H);
2. Od różnicy pomiędzy jasnością przedmiotu a tła (przeciwieństwo);
3. Od wielkości kąta widzenia i
4. Od stanu adaptacyi czyli zastósowania siatkówki.

Ażeby powiększyć lub zmniejszyć jasność przedmiotu służącego do próby przy badaniu ócz, których czucie światła jest upośledzone, można się posługiwać dwoma sposobami a mianowicie wybierając sobie przedmiot próby o pewném przeciwieństwie i zmieniając często H, albo też ustanawiając jakąś pewną daną dla H, a zmieniając przeciwieństwo przedmiotu.

Zmienność kontrastu napotykamy na tarczy Massona, na tarczach Pflügera i tablicach Ole-Bulla. Zmienność H zastósowaną jest we fotometrze Förstera w ciemnéj komorze Auberta, we fotometrach Hippla i Schnabla.

Po tych uwagach przechodzi autor do objaśnienia swego własnego sposobu pozwalającego mu wyłącznie badać czucie światła i to tak w środku, jakoteż w obwodzie i liczebnie oznaczyć zachodzące nieprawidłowości.

Najmniejszą jasność w sposobie Wolffberga przedstawia

bardzo mały przedmiot kontrastu, widziany w jak największéj odległości i przy najsłabszém oświetleniu. Nieprawidłowości oznaczają się liczebnie przez liczebną odmianę oświetlenia.—W. używa papieru kolorowego.

Chcąc oznaczyć wpływ zmienności H na rozpoznanie barwy, trzeba najprzód ustanowić barwiki przy pewném oświetleniu. Zależność, w jakiéj pozostaje rozpoznanie barwy w obec oświetlenia światłem jednolitém, wymaga, ażeby badania robione były przy świetle jednolitém, albo téż wyszukać trzeba barwiki odbijające tylko jeden rodzaj światła jednolitego.

Badania porównawcze spektroskopijne, robione na papierach heidelbergskich z jednéj strony a z barwnemi kawałeczkami sukna M. F. Marxa z Palatynatu z drugiéj strony, wykazały wyższość ostatnich, które odznaczają się brakiem rozpraszania widma słonecznego. Czerwona i niebieska barwa Marxa posiadają prawie idealną czystość widmową. Mały krążek niebieski średnicy 3 mm. na tle czarnego aksamitu daje się przy wyśmienitém oświetleniu dziennem rozpoznać jako niebieska barwa w odległości 5 metr. W większéj odległości nie przedstawia on się bezbarwnym, ale znika zupełnie dla oka. To samo dotyczy czerwonego krążka średnicy 0,5 mm. Zielona barwa staje się w większéj odległości niebieskawą, żółta zaś białawą albo czerwonawą. Za pomocą tego barwnego sukna autor rozwiązał zadanie, które sobie założył: O stałości oświecenia dziennego przekonywamy się, skoro możemy na tle czarném w odległości 5 metr. rozpoznać czerwony krążek 0,5 mm., żółty 1,5 mm., a zielony i niebieski 3,0 mm., biały zaś o średnicy 0,2.

Ażeby sukna te izolować, umieszczono je na tabliczkach pokrytych czarnym aksamitem, a dających się przesuwać po za tablicą aksamitną zawierającą okienka.

W celu urozmaicenia jasności oświetlenia według pewnego liczebnego stosunku, wszystkie okna pokoju, z wyjątkiem okna, przed którém znajduje się tablica perymetryczna, winny byc zupełnie zasłonięte. Tu umieszcza się karton czarny o wyciętym czworoboku, przez który łuk perymetryczny, jakotéż tablica aksamitna w oddaleniu 5 metrów umieszczona, jednakowo stają się oświecone. Przed otworem można przesuwać listki papieru jedwabnego niebiesko-białego. Papier jedwabny w następujący sposób oznacza się fotometrycznie: Skoro H ma stałą wartość, bada się o ile każdy barwik musi być powiększonym, ażeby go rozpoznać przy zniżeniu oświetlenia H, co się przez usunięcie listka papieru jedwabnego uskutecznia. Gdy jasności oświecenia dziennego, dozwalającéj rozpoznać najdrobniejsze przedmioty, damy wartość H=1, zaciemnienie sprawione usunięciem 15 listków, będzie odpowiadało wartości H=0, każdy zaś listek równa się $H={}^1/_{15}$.

Szereg tablic, które W. pomiędzy członków rozdzielił, wykazuje: jak od $H^{15}/_{15}$ do $H^1/_{15}$, zmienia się wielkość przedmiotów, przedmiotów barwnych i liter Snellena. Z tablic Wolffberga wynika: że z wszystkich czynności oka czucie barw jest w najściślejszym związku z oświeceniem, a najmniejsza nieprawidłowość czucia światła zdradza się natychmiast obniżeniem czucia barw.

Wyniki otrzymane po 6 miesięcznych badaniach, robionych na wszystkich chorych, jacy się przedstawiali w klinice erlangskiéj, są następujące:

1. Siła wzroku osób nieumiejących czytać (analfabetów) może być ocenioną w przybliżeniu przez oznaczenie czucia barw, tak, że można w ten sposób łatwo odkryć symulantów.

2. Badając przyczyny, które w stosunku do obniżenia wzroku oznaczają także różnicę czucia światła, W. przekonał się, że przedmioty barwne winny mieć celem rozpoznania ich, największą średnicę:

a) W zaćmieniach ośrodków optycznych; *b)* w nieprawidłowościach czucia światła.

Daléj przekonał się autor, że najmniejszych przedmiotów nie rozpoznają osoby dotknięte:

a) Nieprawidłowością refrakcyi;

b) chorobą przewodników nerwowych (*scotoma centrale*) itd.

Z drugiéj strony nieprawidłowości czucia barw, jakie zachodzą w zaciemnieniach części oka łamiących światło i w zboczeniach czucia światła, odpowiadają wartościom otrzymanym dla oka prawidłowego przy obniżoném oświetleniu.

Właściwy stosunek, jaki zachodzi pomiędzy czuciem barw a czuciem światła jakotéż siłą wzroku, podaje nam możność ustanowienia różnicy rozpoznania pomiędzy czuciem światła, zaciemnieniem ośrodków ocznych, nieprawidłowością refrakcyi i środkowego skotomu.

Autor przyrzeka w tym przedmiocie udzielić bliższych wiadomości.

Zanim nad poprzedniemi powinowatemi odczytami wspólną otworzono dyskusyję, streścił E. Meyer, chcąc i tym, którzyby, dla obcego sobie języka prelegentów, treści odczytów nie pochwycili, uczynić możliwém wzięcie udziału w rozprawach, wszystkie cztery odczyty w języku francuskim i angielskim nadzwyczaj zręcznie wywięzując się z tego zadania, za co należyte odebrał podziękowanie.

Do dyskusyi zgłosił się pierwszy prof. Rählmann z Dorpatu i nadmienił, że najmniejszy stopień światła, jaki możemy poczuć, różny jest u rozmaitych osób w stanie zdrowym, podczas gdy wrażliwość na najmniejszy stopień różnicy światła jest równą; zarazem przypomina R., że w roku 1883 zrobił znaczny szereg oznaczeń najmniejszego stopnia światła przy rozmaitych barwach i wykazał, że U. zmieniać się może zupełnie niezależnie od R.

Schadow z Crefeldu podnosi praktyczne znaczenie różnicy, jaka zachodzi pomiędzy czuciem światła w środku, a w obwodzie siatkówki. Wykazał on (*Arch. f. Physiolog.* 1879), że obwód jest do pewnego stopnia wrażliwszy od ośrodka.

Zdaniem Dora z Lyonu wypada przy doświadczeniach liczyć się z okolicznością, że siła wzrokowa środkowa daleko prędzéj się obniża aniżeli obwodowa.

Edward Meyer z Paryża sądzi, że dla każdego chorego trzeba, ściśle biorąc, osobno oznaczyć R i U, ponieważ dwie te czynności nie stoją w ścisłym stosunku do oka chorego, jakto w pracy Miévilla dokładnie jest wyrażoném.

W klinice Meyera oznacza się R za pomocą fotometru Förstera, a U za pomocą zadymionych szkieł, które coraz ciemniejsze sprawiają obniżenie siły wzroku według oznaczenia, jakie poprzednio zrobiono na oku badającego.

Wszystkie te badania czynią się przy sztuczném oświetleniu, które można urozmaicać obniżeniem stopniowém i stałém płomienia gazowego. Chcąc badać obwód pola widzenia, zadawala się Meyer perymetrem i oświetleniem sztucznem o rozmaitych stopniach.

Ważność badania klinicznego czucia światła w chorobach wewnętrznych oka jest tak znaczną, a wyniki, jakich się możemy z tego spodziewać, tak wielkie, że porozumienie co do jednakowego sposobu badania, chociażby i ten sposób nie był jeszcze doskonałym, byłoby jedném z naj-

szczęśliwszych następstw obecnego zebrania oftalmologów.

Bjerum z Kopenhagi mniema, że fizyjologiczne warjacyje R są zanadto małe, ażeby mogły mieć znaczenie przy badaniu chorych.

Z drugiéj strony różnica pomiędzy wielkością R w obwodzie, a w środku jest bardzo nieznaczną. Czynność siatkówki w środku, tak przy zaniku nerwu wzrokowego jakoteż przy środkowém niedowidzeniu, jest podobną do czynności siatkówki prawidłowéj w obwodzie.

Ole Bull nadmienia, iż co obwodowego czucia światła w stosunku do środkowego istnieje wielka różnica polegająca na tém, czy badamy w ciemnym lub téż oświeconym pokoju. Nie ulega wątpliwości, że w miejscu oświeconém czucie będzie żywszém w środku aniżeli w obwodzie. Takiéj różnicy nie znalazł jednak B. w pokoju ciemnym. Mogłoby się to tłumaczyć tém, że środek posiada barwę silnie żółtą. Promienie świetlne muszą niejako przebyć ośrodek żółty; skoro sobie więc przypomnimy, że przy słabém oświetleniu potrzeba 6 lub 8 razy więcéj żółtéj barwy aniżeli światła bezbarwnego dla wywołania wrażenia, łatwą będzie do zrozumienia różnica osiągnięta w miejscu ciemném a w miejscu oświeconém.

Samelsohn odpowiadając Rählmanowi nadmienia, że wystarczająca liczba badań robioną była tarczą Massona.

Förster robił je fotometrem.

Zwracając się zaś do Dra Bjeruma nadmienia, że ilościowe czucie barw stoi w prostym stosunku do czucia światła, czego o jakościowém powiedzieć nie można. (C. d. n.)

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

We wrześniu panowały w powiecie rzeszowskim następujące choroby nagminne:

1) Krztusiec w 7 gminach (ludność 5441) w okolicy miasteczek Niebylca i Czudca. Na ogolną liczbę chorych 472 wyzdrowiało 168, umarło 12, zostaje w leczeniu 292.

2) Czerwonka w 2 gminach (ludność 6,403) w okolicy Błażowy. Na 48 chorych wyzdrowiało 28, umarło 3, zostało chorych 17.

3) Dur brzuszny w Woli rafałowskiéj (ludność 788). Z leczonych 8 chorych wyzdrowiał 1, umarło 2, zostaje 5. Nadto sporadyczne przypadki téj choroby pojawiają się w mieście Rzeszowie. *Dr. J. Barzycki*, c. k. lekarz powiatowy.

Buczacz dnia 2 października 1884. Krztusiec wygasa coraz to bardziéj, utrzymuje się jeszcze w 5 miejscowościach koło Uścia Zielonego. Czerwonka również wygasa, ogolny stan zdrowia dobry. *Dr. Obtułowicz.*

* **Cholera** ogarnia powoli cały półwysep włoski, najwięcéj atoli dając się we znaki Neapolowi i Genui. W Rzymie i Wenecyi poszczególne zdarzyły się przypadki, dotąd atoli ogniska w tych miastach nie ma. Również w Hiszpanii nie przyszło nigdzie do większego wybuchu, a we Francyi południowéj zaraza gaśnie powoli. Przed kilku dniami doniesiono o dwóch przypadkach śmierci w Paryżu; dotąd o dalszych przypadkach nie słychać. Europa środkowa jest jeszcze całkiem wolną, a zbliżająca się pora chłodna może położy kres dalszemu posunięciu się zarazy. Rada sanitarna najwyższa, zwołana przez hr. Taaffego z powodu pojawienia się cholery w Wenecyi i jéj okolicach, nie oświadczyła się za przerwaniem ruchu lądowego, co najwięcéj radząc kontroli nad przejezdnymi oraz wstrzymanie ruchu rybołowców na wybrzeżu austryjackiém.

Kursa praktyczne w Ces. Urzędzie zdrowia pod przewodnictwem Kocha już rozpoczęły się. Z całego państwa wyznaczono 90 lekarzy rządowych, którzy w 10-dniowych kursach każdym razem w liczbie ograniczonéj po 12, mają zapoznać się praktycznie z badaniem prątków przecinkowych. Właśnie grupa pierwsza, składająca się z 12 lekarzy wojskowych z prowincyi zachodnich, kończy swe ćwiczenia; następna grupa obejmie 12 lekarzy rządowych z Alzacyi i Lotaryngii oraz z prowincyi nadreńskiéj.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 21—27 września umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 35.6. Z ospy umarło 0 (1 z. t.); z płonicy 8 (1 z. t.); z błonicy 2 (1 z. t.); z duru osutkowego 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku ospy, 3 odry, 18 płonicy, 1 błonicy, 1 krztuśca, 2 duru brzusznego, 1 duru osutkowego. W tygodniu od 14—20 września umarło z ospy w Londynie 6, świeżo zapadło 60, leczyło się w szpitalach 497. W Paryżu, Wenecyi, Madrycie umarło z ospy po 1, w Petersburgu, Odesie po 2, w Pradze 4, w Kalkucie (od 3—9 sierpnia) 6, w Madrasie (od 25 lipca do 1 sierpnia) 11. Z duru osutkowego umarło w Murcyi i Palmie po 1, w Madrycie 2, w Petersburgu 3. Biegunki rzadziéj się pojawiały w wielkich miastach. Z cholery umarło w Bombayu (od 13—19 sierpnia) 15, w Kalkucie (od 3—9 sierpnia) 8, w Madrasie (od 25 lipca do 1 sierpnia) 2.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 14—20 września umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 26,0; w Warszawie 29,3; w Poznaniu 33,1; w Pradze 29,2; w Berlinie 28,1; w Hamburgu 23,5; we Wrocławiu 28,1; w Gdańsku 23,6; w Mnichowie 31,0; w Dreźnie 29,1; w Lipsku 20,2; w Bazylei 10,1; w Brukseli 20,0; w Amsterdamie 25,1; w Hadze 27,3; w Paryżu 22,5; w Londynie 17,1; w Kopenhadze 30.2; w Stokholmie 23,8; w Chrystyjanii 26,8; w Petersburgu 23 0; w Odesie 34,5; w Rzymie 26,6; w Wenecyi 21,5; w Bukareszcie 22,6; w Madrycie 30,2; w Aleksandryi 35,3; w Bombayu 28,7; w Madrasie 27,4. *J. B.*

Śmiertelność we Lwowie (liczącym 115.544 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). W tygodniu od 21 do 27 września r. b. umarło osób 67, co odpowiada na rok i 1,000 m. 30,2. W tym czasie umarło z ospy 8 osób, z płonicy 2, z dławca 1, z błonicy 3.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 8 października. Otrzymaliśmy z Warszawy list następujący:

Szanowny Panie Redaktorze!

Prosimy o umieszczenie w Przeglądzie Lekarskim następującego wyjaśnienia w kwestyi konkursu w Instytucie oftalmicznym, o który w Nr. 25, 27 i 33 pańskiego pisma toczyła się polemika. Wyjaśnienie podajemy tak późno jedynie z tego powodu, iż większość podpisanych na niniejszém nie była obecną w Warszawie podczas miesięcy letnich.

Dnia 16 czerwca b. r. odbył się konkurs na wakującą posadę Ordynatora nadetatowego w Instytucie oftalmicznym w Warszawie. Do konkursu stanęło dwóch lekarzy, Drowie Kamocki i Kępiński. Ustawa oznacza pewne *minimum* kresek (45), poniżéj którego kandydat zostaje uznany za niezdolnego do objęcia posady. Obaj kandydaci to minimum przeszli, a Dr. Kamocki otrzymał kresek więcéj (68 przeciw 50); w skutek tego przez Komitet konkursowy do posady przedstawiony został.

Korespondent, donoszący o tym fakcie Przeglądowi Lekarskiemu wchodzi w wewnętrzne motywa sędziów konkursu i podaje wprost, że „pierwszeństwo otrzymał Dr. Kamocki, ponieważ posiada język rosyjski i ordynował przez 2 lata bezpłatnie w Zakładzie“. Ponieważ Rada miejska dobroczynności publicznej żąda od Komitetu konkursowego oceny kandydatów tylko ze względu na ich uzdolnienie naukowe a przedewszystkiém praktyczne, więc bardzo niemiłe dla członków Komitetu musiało być posądzenie, iż się kierowali innemi względami.

Dr. Gepner spełnił obowiązek postawienia téj kwestyi na właściwym gruncie w liście krótkim, zupełnie objektywnym i zupełnie prawdziwym. Wszakże Dr. Kępiński w tym liście dojrzał stronnicze napady, Drowi Gepnerowi odmawia kompetencyi do tego sprostowania i kwestyję przedstawił w ten sam sposób, jak pierwszy, bezimienny korespondent.

W obec tego czujemy się w obowiązku głos zabrać i oświadczamy:

1) W ogłoszeniu o konkursie Rada miejska podała między innemi, że: „cały konkurs odbywać się ma w języku rosyj-

skim" (porównać Nr. 114 *Kuryjera porannego* z d. 13 kwietnia r. b. [1]). Jeżeli Dr. Kępiński i bezimienny korespondent twierdzą, że żadna ustawa tego warunku nie nakłada konkursom, to w każdym razie zmiana tego punktu nie może należeć do atrybucyi Komitetu, przez Radę miejską wyznaczonego.

2) Przewodniczący w Komitecie, wypowiadając Drowi Kępińskiemu niekorzystny dlań rezultat balotowania, starał się to uczynić w sposób najłagodniejszy. Więc zaznaczył, że rezultat jest względnie pomyślny i że jednę posadę tylko jeden kandydat może otrzymać. Wszakże nie wspomniał ani jednêm słowem o têm, by trudności językowe miały stać Drowi Kępińskiemu na przeszkodzie w uzyskaniu pierwszeństwa przed Drem Kamockim. Względności wyrażeń Przewodniczącego Dr. Kępiński niezrozumiał czy zrozumieć nie chciał i zupełnie inne stara się jéj nadać znaczenie.

Ze względu na ton odpowiedzi Dra Kępińskiego czujemy się w obowiązku dotknąć tu jeszcze tajemnic zamkniętego posiedzenia Komitetu i wypowiedzieć, że jeżeli Przewodniczący mógł nie miłą w każdym razie wiadomość w tak złagodzonéj podać postaci i o względnie pomyślnym donieść rezultacie, winien to Dr. Kępiński. w znacznéj części wniesionéj za nim przez Dra Gepnera instancyi: „ażeby nie zrażać młodego kolegę, rozpoczynającego praktykę w Warszawie".

Przewodniczący w Komitecie konkursowym *Dr. Wł. Brodowski.*
Członkowie *Dr. Szokalski* lekarz naczelny Instytutu.
Dr. Wolfring. *Zygmunt Kramsztyk.*
Dr. Sommer Ordynator szpitala Dzieciątka Jezus.
Dr. Sokołowski Ord. szpitala ś. Ducha.

* Medycyna polska i stan lekarski poniosły dotkliwą stratę. D. 5 bm umarł w Krakowie po dłuższych cierpieniach Dr. Edward Klink, starszy ordynator w szpitalu św. Łazarza w Warszawie. Urodzony w Warszawie d. 13 lipca 1850 r. ukończył tamże nauki gimnazyjalne i lekarskie a w r. 1872 osiągnął stopień naukowy. W roku następnym pełnił obowiązki w szpitalu cholerycznym na Pradze; w r. 1874 mianowany został ordynatorem kliniki chorób wenerycznych i skórnych, w roku następnym na mocy konkursu otrzymał posadę ordynatora w szpitalu św. Łazarza a w r. 1880 postąpił na ordynatora starszego. Delegowany przez Radę dobroczynności do zbadania szpitalów wenerycznych w Petersburgu ogłosił w r. 1879 sprawozdanie swoje z téj podróży; przez lat 8 był sekretarzem dorocznym Tow. lek. warsz. a przez 2 lata redaktorem Pamiętnika tegoż Towarzystwa. Prace jego liczne, prawie wyłącznie treści syfilidologicznéj, mieszczą się w pismach wszystkich warszawskich, w Przeglądzie Lekarskim (1880), i w *Viertelj. f. Dermatologie.* W wydaniu jubileuszowêm dzieł Wojciecha Oczki napisał jego życiorys i ocenę stanowiska naukowego.

Szczegóły te podajemy według Słownika Kośmińskiego; zapewne pisma warszawskie zamieszczą obszerniejsze daty, albowiem koledzy tameczni, śród których nieboszczyk żył i działał, lepiéj od nas znają rozwój i bieg pracowitego jego żywota. My przed 6 laty tylko na chwilę krótką mieliśmy sposobność zetknięcia się z Drem Klinkiem; gdyśmy go widzieli ponownie, był to cień energicznego, młodego i zdolnego lekarza. Od kilku miesięcy umysłowo chory w stanie ciężkiéj zadumy, połączonéj z jadłowstrętem, przywieziony został do tutejszego szpitala św. Łazarza, gdzie pod koleżeńską opieką prymaryjusza Żuławskiego pozostawał aż do śmierci, która po niejakiém polepszeniu choroby umysłowéj nastąpiła w skutek zapalenia płuc. Zwłoki śp. Dra Klinka przewiezione zostaną do Warszawy. Nam pozostaje tylko być tłumaczami uczucia przygnębiającego, które opanowało wszystkich tutejszych kolegów na wiadomość niespodziewaną o przedwczesnym zgonie jednego z najzdolniejszych i najpracowitszych lekarzy naszych, zasłużonego syfilidologa i autora lekarskiego. Niechaj mu ziemia będzie lekką, cześć jego pamięci, która nie tak prędko zaginie!

* Temi dniami rozpoczynają się wykłady w Uniwersytecie Jagiellońskim. Prof. Adamkiewicz otrzymał od Ministerstwa urlop półroczny, wykłady więc z patologii ogólnéj nie odbędą się w półroczu zimowém. Z powodu trwającéj jeszcze słabości dziekana prof. Piotrowskiego objął zastępczo urzędowanie prof. Stopczański.

[1]) W Numerze tym, załączonym do niniejszego listu, powiedziano jest w ogłoszeniu. „Cały konkurs odbywać się ma w języku rosyjskim". *Red.*

* Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie, przygotowuje obecnie do druku nowe dzieło oryginalne „O chorobach nosa i gardła." Dzieło to napisane przez Doc. Dra Przemysława Pieniążka wyjdzie na początku r. 1885 i zostanie rozesłane Członkom i prenumeratorom Wydawnictwa jako premijum bezpłatne za rok 1884.

* Jeden z kolegów warszawskich zapytuje się nas w imieniu swojém i innych kolegów, dlaczego dotąd nie otrzymali Nru 5 Dziennika Zjazdu poznańskiego, ani téż grupy uczestników, fotografowanéj przez pp. Rivolego i wsp.? Oczywiście, że na interpelacyję tę nie umiemy odpowiedzieć i zapewne zechce nas wyręczyć w téj mierze szan. kol. Wicherkiewicz w Poznaniu, jako prezes Wydziału gospodarczego.

* Namiestnictwo w Tryjeście wzywa doktorów medycyny i chirurgów, aby na przypadek wybuchu cholery na wybrzeżu austryjackiém zgłosili się do pomocy. Prócz wynagrodzenia kosztów podróży pierwsi otrzymają płacę dzienną w kwocie 12 zła. a ostatni 6 zła.

* Nakładem Fischera w Berlinie, a pod redakcyją prof. Krausego w Gietyndze, wychodzi od 1 kwietnia r. b. pismo miesięczne międzynarodowe dla anatomii i histologii. W skład redakcyi wchodzi pomiędzy innymi uczonymi i prof. Hoyer z Warszawy. Artykuły przyjmują się w języku angielskim, francuskim, niemieckim lub łacińskim.

* **Praga czeska.** W półroczu zimowém wykładać będą w Wydziale lek. anatomiję opisową i topograf. Steffal, chemiję lekarską Horbaczewski, fizyjologiję Tomsa, patologiję ogólną Spina, anatomiję patolog. Hlava, patologiję wewn. Eiselt, Maixner, Thomayer, balneologiję Chodounský, hydroterapiję Spott, chirurgiję Weiss, Michl, okulistykę Schöbl, dentystykę Nessel, Baštyř, położnictwo i ginekologiję Streng, Schwing, choroby skórne Janovský, medycynę sądową Reinsberg, histologiję Janošik, weterynaryję Böhm.

* Sąd państwowy niemiecki skazał lekarza praktycznego, doktora medycyny, za to, że u rannego nie zastosował sposobu przeciwgnilnego, tylko leczył go sposobem dawnym. Chory umarł w skutek rozkładu krwi gnilnego. W motywach powiedziano, że spodziewać się wypada po lekarzu, iż znać będzie prawidła leczenia, uznane przez teraźniejszą naukę. Jest to precedens bardzo niebezpieczny dla stanu lekarskiego i nauki saméj.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin.** Docent prywatny i starszy lekarz sztabowy Dr. Rabl-Rückhardt otrzymał tytuł profesora. — **Bern.** Prof. Kronecker z Berlina powołany został tu jako profesor fizyjologii w miejsce Grütznera, powołanego do Tübingi. — **Marburg.** Dr. Tuczek habilitował się jako docent psychijatryi.

* **Wiadomości osobowe.** Dr. Józef Szpilman, asystent kliniczny w c. k. Zakładzie weterynarskim wojskowym we Wiedniu, mianowany został adjunktem w c. k. szkole weterynarskiéj we Lwowie.

Lekarzami starszymi w rezerwie mianowani zostali Drowie Halski Henryk i Midowicz Kazimierz.

* **Nekrologija.** W Petersburgu umarł po krótkiéj chorobie tajny radzca baron Dr. Maydell, inspektor lekarski.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 40: Lepperta: Jakób Natanson, wspomnienie pośmiertne; Neufelda: Antypiryna, nowy lek przeciwgorączkowy.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 15 października o godzinie 6 popoł. w Sali Akademii Umiejętn. posiedzenie zwyczajne, na którém kol. Gluziński Wł. mówić będzie o niektórych nowych lekach w chorobach serca używanych.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 18 października 1884. № 42. Rok XXIII.

I. Przyczynek do nauki o leczeniu ran.

III. O uproszczeniu opatrunku przeciwgnilnego.

Podał prof. Dr. J. Mikulicz

Prawdziwy postęp na drodze do uproszczenia leczenia ran utorowało bezsprzecznie wprowadzenie szeregu materyjałów, zdolnych zastąpić zbyt kosztowną gazę Listerowską i watę odtłuszczoną. Zanim zdam sprawę z własnych doświadczeń z trocinami drzewa, niech mi wolno będzie w krótkości wyrazić swoje zapatrywanie na inne materyjały użyte w celach zastąpienia opatrunku pierwotnego Listera.

Zadaniem opatrunku przeciwgnilnego jest odpowiedzieć trzem wymogom; po pierwsze ma on chronić ranę tak od mechanicznych urazów, jakoteż od następowego zakażenia od zewnątrz; po drugie winien wywierać na ranę jednostajny ucisk, a po trzecie wsysać wydzielinę rany w zupełności. Co do pierwszego punktu, tj. czysto mechanicznéj ochrony rany, nie potrzebuję szczegółowo się rozwodzić. Natomiast pragnę tutaj nieco dłużéj zastanowić się nad zadaniem przeciwgnilném opatrunku w ściśłém znaczeniu tego słowa. Rozchodzi się jedynie o to, aby ranę w okresie gojenia zabezpieczyć od wtargnięcia pierwiastków zakaźnych; gdy więc rana zupełnie jest zamknięta i nie komunikuje z powietrzem atmosferyczném za pomocą drenów, to dostateczną jest cienka warstewka ochronna, czego przykładem żywym małe ranki operacyjne, które pociągamy jedynie roztworem jodoformu w kolodionie. Jeśli atoli rana zaopatrzona jest w dreny, gdy przeto wspólniczy z całym opatrunkiem, wówczas wydzielina nagromadzona w opatrunku zostaje w jednym ciągu z wydzieliną w samejże ranie zebraną, stanowi tedy, jak się pierwéj raz wyraziłem, wielkie ognisko martwe, które dla rany znaczy tyle, co każde ognisko martwe, czyli nagromadzenie się wydzieliny śród rany. Dla tego też według metody Listera opatrunek zostaje od zewnątrz w zupełności zamknięty (Makintosh, wata po brzegach), rozkładowi zaś wydzieliny w samym opatrunku zapobiegają istoty przeciwgnilne w skład jego wchodzące. Na téj zasadzie złożono też wszystkie inne opatrunki, które *in toto* wyposażone są istotami przeciwgnilnemi.

Natomiast zasadniczo różnym jest opatrunek jodoformowy, w którym rana sama razem z otworkami sączków jest pokryta cienką warstwą gazy jodoformowéj, a choć takowa przepuszcza wydzielinę, tworzy jednak zarazem powłokę ochronną wzbraniającą w skutek trwałego działania jodoformu przystępu do rany pierwiastkom zakaźnym [1]). Rana jest przymknięta aseptycznie kilku warstwami gazy jodoformowéj bez względu, czy wydzielina w zewnętrznéj części opatrunku pozostaje nierozłożoną, czy też ulega rozkładowi. Mojém zdaniem zasada ta w opatrunku przeciwgnilnym tyle świadczy korzyści, że można ją wyżéj stawić od zasady opatrunku Listera, bez względu, czy wciągniemy w skład opatrunku jodoformu, czy inny trwały środek przeciwgnilny. Co do mnie jestem najzupełniéj zadowolony z jodoformu i nie mam też powodu zmieniać w zasadzie podanego przed trzema laty opatrunku jodoformowego. Zarzuty, z jakiemi spotkał się jodoform, najmniéj dotyczą właśnie téj odmiany opatrunku jodoformowego i tak absolutnie nie może być tu mowy o niebezpieczeństwie intoksykacyi, gdyż jodoform z raną samą nie styka się zupełnie lub tylko na brzegach cięć.

W ogóle w kwestyi jodoformu najwięcéj zamętu sprawiło bezładne zestawienie najróżnorodniejszych kategoryj ran, przy których ten środek trzeba w różny sposób stosować. W skutek licznego szeregu śmiertelnych zatruć po wprowadzeniu większych ilości jodoformu do świeżych ran został takowy przez wielu chirurgów porzucony, jako środek niebezpieczny, a z nim razem odsądzonym został również zewnętrzny opatrunek jodoformowy.

---

[1]) Nie potrzebuję nadmieniać, że przytém do bezpośredniego pokrycia rany zbytecznym jest Protective Silk, jak i na jego miejsce zalecana przez Schedego, v. Brunsa i innych wełna szklana (*Glaswolle*).

Brak poważniejszéj podstawy przypisać wypada zdaniem mojém zarzutowi Schedego i innych, jakoby przy opatrzeniu jodoformowém częściéj występowała róża przyranna niż po użyciu innych opatrunków. Ochrony przed różą nie spodziewałem się znaleść w ogólności w jodoformie, ale téż nie wymagałem odeń takowéj. Już naprzód dało się przewidzieć, że środek przeciwgnilny tak słaby, choć trwały w działaniu, jak jodoform, nie będzie w stanie unicestwić tak odpornego pierwiastku zakaźnego. Dlatego téż wielokrotnie i dobitnie kładłem na to nacisk, że pierwotna desinfekcyja rany kwasem karbolowym musi być najdokładniéj przeprowadzona mimo opatrunku jodoformowego, tak samo, jak przy zastósowaniu opatrunku Listera, lub innego opatrzenia przeciwgnilnego. Dodam jeszcze, że ja również desinfekcyjonuję bezpośrednio przed użyciem ten kawałek gazy, który ranę pokrywa, zanurzając go w roztworze 5% kwasu karbolowego; gaza bowiem jodoformowa przypadkowo zanieczyszczona może następowo zakazić ranę. Kto więc uskarża się na częste występowanie róży przy użyciu opatrunku jodoformowego, ten pewno nie dość starannie desinfekcyjonuje ranę kwasem karbolowym, sublimatem, lub innym środkiem przeciwgnilnym równéj wartości. Doświadczenia moje w tym kierunku zebrane w klinice krakowskiéj nie wypadły téż wcale na niekorzyść jodoformu.

Co do kwestyi kosztów wykazałem już poprzednio, jak niesprawiedliwym jest zarzut, iż opatrunek jodoformowy jest za drogi. Przeciwnie należy do najtańszych, jak to niedawno obliczył Leisrink (*Der Torfmoos-verband von H. Leisrink, Mielck u. Korach*, Hamburg u. Leipzig, 1884) omawiając opatrunek z mchu torfowego, który łączy według wyż podanéj zasady z gazą jodoformową.

Z czego ma się składać część opatrunku na gazie jodoformowéj spoczywająca, którą to część możnaby nazwać opatrunkiem zewnętrznym, jest rzeczą obojętną ze względu na *asepsis* rany, jeśli część ta odpowiada zresztą wszelkim innym wymogom.

Przedewszystkiém zbytecznem jest pokrycie całego opatrunku materyjałem nieprzemakalnym i dlatego nie używam go téż od dwóch lat przy opatrunkach jodoformowych, co świadczy mi jeszcze tę korzyść, że ciecz nagromadzona w opatrunku odparowuje całkowicie, lub przynajmniéj częściowo, a skutkiem tego wysecha oczywiście wydzielina. Ten system osuszania uprawiany również przez innych jest jak wiadomo bardzo cennym środkiem wspierającym *asepsis* rany, jak to już dobitnie zaznaczyli Neuber, Leisrink i v. Bruns.

Przy wyborze materyjału do zewnętrznego opatrunku należy pamiętać, aby takowy posiadał własności fizyczne niezbędne do ucisku rany i wsysania wydzieliny.

Ucisk powierzchni rannéj należący do zadań opatrunku da się osiągnąć z pomocą opasek zewnętrznych niemal przy użyciu każdego materyjału, który dostosowuje się tylko szczelnie do form ciała, zwłaszcza do pojedynczych zagłębień i zaułków. Ucisk będzie w każdym razie jednostajniejszy, z pewnością trwalszy i zarazem dla chorego znośniejszy, jeśli użyty materyjał posiada pewien stopień podatności i elastyczności. W tym względzie nie dorównywają materyjałom roślinnym nieorganiczne materyjały, jak popiół i piasek.

Większéj wagi bezsprzecznie jest druga własność fizyczna materyjału opatrunkowego, t. j. zdolność wsysania, i w tym celu badali ściśle różni autorowie najważniejsze w grę tu wchodzące materyjały. Jako takie wymienić należy oprócz znanéj powszechnie gazy i waty: torf mchowy, mech torfowy, trociny drzewa, wełnę drzewną (*Holzwolle*), piasek, popiół, jutę, kłaki, sieczkę i inne. Dziwnym sposobem doprowadziły jednak próby robione przez Neubera, Walchera, Leisrinka, Fehleisena a w ostatnich czasach przez Rönnberga w części do bardzo sprzecznych rezultatów, i odpowiednio do tego uznali wspomnieni autorowie już to jeden, już téż drugi materyjał, jako najlepiéj wsysający. Przyczyna tego leży w rozmaitém, po części jednostronném przeprowadzeniu doświadczeń przez pojedyńczych autorów. Rönnberg [1]), którego próby są najdokładniejsze, a który zarazem należycie uwzględnił stosunki mechaniczne, stanowiące o opatrunku rany, pouczył, jak tłumaczyć należy sprzeczność między wyż wspomnianymi autorami. Dla tégo téż pomijam tutaj tę kwestyję, odsyłając czytelnika bliżéj się zajmującego tym przedmiotem do pracy Rönnberga.

Według mego przekonania bardzo cenne są wszystkie wymienione próby dla zoryjentowania się pod względem zdolności wsysania różnych materyjałów, lecz sąd to zbyt śmiały, jeśli się uznaje z całego szeregu materyjałów najlepiéj wsysający li tylko dlatego za najodpowiedniejszy do opatrunku. Mojém zdaniem należy sformułować powyższe pytanie w następujący sposób: **które materyjały opatrunkowe w ogólności wsysają tyle, ile potrzeba dla opatrunku ran?** a odpowiedź na to, iż wymogowi temu zadość czyni w zupełności cały szereg materyjałów, że je przeto wszystkie w celach praktycznych uważać musimy jako równorzędne, niezależnie, czy jeden z nich dwa lub trzy razy tyle wessać jest w stanie, bezwzględnie czy maximum wessania osiąga się w pół minuty, czy w 5 minut. Oczywiście dopiero praktyka złoży ostateczny dowód na to, czy dotyczący materyjał istotnie się nadaje do opatrunku, bo przecież drogą eksperymentu nie dadzą się nigdy dokładnie naśladować stosunki na ranach napotykane. I tak autorowie badali przeważnie tylko zdolność czynnego wsysania materyjałów, a trzeba przecież uwzględnić, że także wydzielina odpływająca z rany stosuje się zazwyczaj do prawa ciężkości (sączki zwykliśmy zawsze zakładać w częściach najniższych rany), a co więcéj, że wydzielina zostaje przez ucisk opatrunku z rany wypartą, a więc mechanicznie do opatrunku wtłoczoną. Właśnie ten ucisk na ranę wywarty wspiera doskonale zdolność czynnego wsysania materyjałów opatrunkowych i umożliwia użycie w razie potrzeby nawet takich materyjałów, które wcale nie posiadają zdolności wsysania. Według Rönnberga należą do materyjałów opatrunkowych sposobnych do czynnego wsysania: torf mchowy (zwilżony), trociny, kora garbarska sproszkowana, przesiany popiół węgla kamiennego, szarpie, wata odtłuszczona, wata drzewna, asbest drobnostrzępiasty i gaza (Mull); tu wliczyć należy również mech torfowy bardzo energicznie wsysający, którego Rönnberg jednak nie wciągnął jeszcze w szereg swoich doświadczeń. Zdolności czynnego wsysania nie posiadają wcale: juta, sieczka, kłaki i suchy torf. Te ostatnie materyjały przeto nie nadają się do opatrunku i dla tego téż dadzą się użyć tylko w razie ostatecznéj potrzeby przy braku wszelkich innych, gdy natomiast poprzód wyliczone uważać należy jako równorzędne pod względem zdolności wsysania. Większa część z nich, jakoto torf mchowy,

[1]) Die physikalischen und chemischen Eigenschaften unserer Verbandmittel als Maasstab ihrer Brauchbarkeit, nebst Mittheilung über neue Verbandmittel aus Holz. v. Langenbeck's Archiv, XXX. 2 und Wiener medic. Wochenschrift, (Der Militärarzt), 1883, Nr. 49.

mech torfowy, wełna drzewna, nie mówiąc już o odtłuszczonéj gazie i wacie, mają już w praktyce ustaloną sławę wybornych materyjałów opatrunkowych; inne jak piasek i popiół mają własności uboczne nie zbyt przyjemne, dla których mniéj się nadają do opatrunków, w każdym razie jednak mogą być użyte w braku innych jako niezgorsze materyjały opatrunkowe.

Trocin drzewnych używał o ile wiem przedemną jedynie Neuberg [1]) z powodzeniem w małéj liczbie przypadków (20—30), zalecał je jednak do opatrywania ran już wcześniéj J. H. Porter (*Kriegschirurgisches Taschenbuch aus dem Englischen übersetzt von Schill.* Leipzig, 1882). Łatwość nabycia trocin prawie wszędzie, cena ich, dochodząca w pewnych miejscach do bajecznéj taniości, nadają im szczególniejszą wartość opatrunkową, zwłaszcza w praktyce wojennéj. Te względy skłoniły mnie do stosowania przez czas dłuższy w mojéj klinice wyłącznie trocin, aby się przekonać, czy rzeczywiście czynią one zadość wymogom dobrego materyjału opatrunkowego. (Dok. nast.)

II. Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych prof. Rosnera.

Sprawozdanie naukowe z ruchu chorych w téjże klinice w ciągu roku szkolnego 1883 i 1884.

Podał Dr. Leon Kopff
asystent kliniki.

Klinika chorób skórnych i wenerycznych ograniczoną była do czerwca r. 1883 do 18 łóżek. Staraniom długoletnim prof. Rosnera udało się pozyskać od Wydziału krajowego dołączenie do téj tak szczupłéj kliniki oddziału rezerwowego, obejmującego 30 łóżek. Ogółem więc klinika rozporządza obecnie miejscem na 48 chorych.

Materyjał kliniczny zatém, jakim mógłby rozporządzać sprawozdawca, z czasów, gdy klinika była ograniczona li tylko do ośmnastu łóżek, w ciągu roku zebrany, był tak małym (wynosił najwyżéj 140 przypadków), że mowy o sprawozdaniu naukowém z ruchu chorych być nie mogło.

Dopiero przyłączenie oddziału rezerwowego, zdwajając liczbę chorych, czyni możliwém opracowanie sprawozdania więcéj szczegółowego.

Zważywszy jednakowoż, że przypadki leczone w klinice chorób skórnych i wenerycznych, są przeważnie przypadkami chorób przewlekłych, wymagających kilkotygodniowego, a nawet kilkomiesięcznego, leczenia, że zatém łóżko zostaje przez chorego zajętém przez czas dłuższy, przeto i materyjał, jakim mogę rozporządzać w niniejszém sprawozdaniu, chociaż zebrany z lat dwóch, nie jest tak wielkim, aby mi mógł zezwolić wejść w szczegóły najdrobniejsze każdego działu chorób w klinice leczonych.

Każdy, ktokolwiek zajmował się opracowaniem sprawozdania naukowego z oddziału szpitalnego, wie bardzo dobrze, jak niepewną jest podstawa, do wytworzenia sobie pewnych danych co do przyczyn, wywołujących chorobę, co do czasu jéj trwania przed przybyciem chorego do zakładu leczniczego, wreszcie co do początkowych objawów. O ileż większe jeszcze trudności napotyka anamneza u chorych, dotkniętych chorobami wenerycznemi i skórnemi. Chorzy, szczególnie mniéj inteligentni, z jakich głównie składa się materyjał szpitala lub kliniki publicznéj, uważają sobie niejako za zadanie wprowadzać lekarza w błąd kłamliwemi podaniami. Dla tego też wnioski, jakieby można zebrać, co do etyjologii chorób, co do czasu wylęgania się chorób zakaźnych, jakotéż co do początkowych objawów i czasu trwania choroby, są oparte po największéj części na tak niewiarogodnych podaniach, że stałyby się mniéj niż prawdopodobnemi, gdyby się je przyjmowało bez jakiegokolwiek zastrzeżenia i ostrożności.

W drugim rzędzie dokładne sprawozdanie z kliniki naszéj natrafia jeszcze na drugą trudność. Obok kliniki uniwersyteckiéj istnieje oddział szpitalny chorób skórnych i wenerycznych, który stanowi zupełnie odrębną całość. Otóż chorzy leczeni w klinice bardzo rzadko powracają z nawrotami choroby do kliniki, lecz znajdują, porządkiem rzeczy, umieszczenie w oddziale szpitalnym. Odpada nam więc tutaj w znacznéj części sposobność obserwacyi choroby takiéj, jak kiła, która nigdy prawie nie ogranicza się do jednego nawrotu. Podobnie rzecz się ma z niektóremi chorobami skórnemi. Również odpada nam dokładność w spostrzeganiu działania wielu środków leczniczych, polecanych przeciw chorobom skórnym i wenerycznym. Chory bowiem wyleczony z objawów, które go skłoniły do wstąpienia do kliniki, opuszcza jak najprędzéj zakład. Dotknięty nawrotem choroby, wraca do szpitala, lecz dostaje się do oddziału szpitalnego. Wnioskowanie tym sposobem o trwałości wyleczenia pewnym środkiem, jedynie z tego, że chory z nawrotem chorobowym nie powrócił, jest dla nas niedopuszczalném.

Sprawozdanie więc nasze, z powodów wyłuszczonych, musi pominąć wszelkie wnioski etyjologiczne i w ogóle opierające się na wywiadach od chorego. Daléj w wielu razach odpada nam pewność, czy środek jaki ochrania od nawrotu choroby, i na jak długo od niego zabezpiecza chorego.

Dla łatwiejszego przeglądu postanowiliśmy naprzód podać w zestawieniu ruch chorych w ciągu lat objętych sprawozdaniem, następnie zaś przejdziemy kolejno każdy dział chorób objętych zestawieniem, podając to, co obserwacyja kliniczna osiągnąć zdołała.

Zestawienie ruchu chorych.

Leczono na:	W roku 1883. Męż.	Kob.	Razem	W roku 1884. Męż.	Kob.	Razem
1. *Herpes Zoster*	2	—	2	2	—	2
2. *Eczema*	9	6	15	17	6	23
3. *Acne rosacea*	—	—	—	—	2	2
4. *Psoriasis*	6	3	9	6	7	13
5. *Lichen scrophulosorum*	—	—	—	2	1	3
6. *Prurigo*	3	1	4	4	3	7
7. *Lupus*	5	5	10	8	13	21
8. *Rhinoscleroma*	—	3	3	—	—	—
9. *Xeroderma*	1	—	1	—	—	—
10. *Sarcoma Epididym.*	1	—	1	—	—	—
11. *Scabies*	23	24	47	62	46	108
12. *Favus*	1	—	1	3	1	4
13. *Herpes tonsurans*	4	1	5	3	2	5
14. *Pithyriasis versicolor*	1	—	1	—	1	1
15. *Blenorrhoea urethrae*	16	11	27	46	37	83
16. *Condylomata acuminata*	1	1	2	2	8	10
17. *Cystitis et Pyelitis*	3	—	3	5	1	6
18. *Bartholomeitis*	—	1	1	—	3	3
19. *Paraphymosis ex onania*	2	—	2	2	—	2
20. *Ulcus molle*	10	4	14	32	29	61
21. *Syphilis primaria*	6	1	7	12	14	26
22. *Syphilis secundaria recens*	16	17	33	27	56	83
23. *Syphilis secund. recidiva*	7	9	16	36	32	68
24. *Syphilis tardiva*	8	11	19	12	15	27
Razem	125	98	223	281	277	558

---

[1]) Klinische, experimentelle und botanische Studien über die Bedeutung des Torfmulles als Verbandmaterial. Archiv f. klinische Chirurgie v. Langenbeck, XXVIII, Heft III.

Ogółem więc leczono w roku szkolnym 1833: 125 mężczyzn, 98 kobiet, razem 223 chorych; w roku zaś 1884: 281 mężczyzn i 277 kobiet, razem 558 chorych. Ruch więc chorych w roku 1884 wzmógł się o 156 mężczyzn i 179 kobiet, czyli razem o 325 chorych.—W ciągu lat dwóch zatém leczono 406 mężczyzn i 375 kobiet, czyli razem 781 chorych. Z kolei rzeczy przystępujemy do sprawozdania szczegółowego, dzieląc sobie materyjał na dwa naturalne działy: chorób skórnych i wenerycznych.

I. Choroby skórne.

Choroby skórne w ogóle rzadziéj trafiają się w klinice niż choroby weneryczne. Leczono na nie w r. 1883: mężczyzn 56, kobiet 43, razem 99 chorych, w r. 1884 mężczyzn 107, kobiet 82, razem 189. Ogółem więc w ciągu dwóch lat, objętych niniejszém sprawozdaniem, leczono mężczyzn 163, kobiet 125, czyli razem 288 chorych, nieco więcéj zatém niż jednę trzecią ogólnéj liczby chorych.

W sprawozdaniu naszém nie napotyka się wcale chorób zakaźnych gorączkowych, jak ospy, płonicy, odry, róży, ponieważ chorzy z temi chorobami bywają leczeni częścią w oddziałach chorób wewnętrznych, częścią zaś w szpitalu chorób dziecięcych. Również dla tych samych przyczyn nie spotykamy się z owrzodzeniami, odmrożeniami, zgorzeliną, wąglikiem skóry, jakotéż i oparzeniami, bo choroby te znajdują znów pomieszczenie przeważnie w oddziale chorób chirurgicznych.

Choroby skórne przewlekłe przyjmowano do kliniki o tyle, o ile na to miejsce pozwalało i potrzeba nauki wymagała. Dla tego téż mylnieby ten sądził, ktoby chciał na podstawie niniejszego zestawienia wnosić o częstości pewnéj choroby w naszym kraju. I tak np. strupień woszczynowaty (*Favus*) należy do chorób bardzo między ludem naszym, szczególniéj wyznania starozakonnego, pospolitych. Mimo to w klinice naszéj leczono tylko cztery przypadki téj choroby. Przyczyną tego jest, że choroba ta wymaga nader długiego i starannego leczenia i to już w samych swoich początkach, a chorzy, czując się zresztą zupełnie na ciele zdrowymi, nie chętnie się takiemu leczeniu poddają. Wiele znów chorób skórnych, nierozwiniętych w wyższym stopniu, leczy się ambulatoryjnie, tak, że zaledwie mała cząstka chorób skórnych, trafiających się między ludem naszym, przychodzi do leczenia w klinice stałéj.

Obecnie przystępujemy do sprawozdania wedle poszczególnych chorób skórnych leczonych w klinice.

1. *Herpes Zoster.* Chorobę tę leczono w ciągu dwóchlecia u czterech mężczyzn, a żadnéj kobiety. We wszystkich czterech przypadkach mieliśmy do czynienia z formą najczęstszą, tj. z *Zoster dorsopectoralis.* Pacyjenci nasi mieli między 26 a 32 lat. Charakterystyczném jest tutaj tylko to, że wszystkie cztery przypadki przypadały w czasie rozpoczynającéj się wiosny, tj. wtedy, gdy zwykle najwięcéj pojawiało się chorób powstających skutkiem wpływu zmiennéj ciepłoty i stosunków atmosferycznych. W jednym przypadku chory (Węgier) podawał za przyczynę wprost znużenie długą podróżą pieszą, w czasie któréj mocno przeziąbł i przemókł. Czas leczenia w klinice wynosił średnio $5^1/_2$ dnia. Chorzy zwykle, skoro tylko ból się zmniejszył, żądali wypuszczenia z zakładu.

Leczenie ograniczało się do posypowania miejsc chorych pudrem, okrywania ich watą, dla ochronienia ich od tarcia sukien, a w razie silnych nerwowych bólów do podskórnego zastrzykiwania morfinu.

2. *Eczema.* Wyprysk należy do chorób skórnych najczęściéj w klinice leczonych. W ciągu dwóch lat leczono 26 mężczyzn i 12 kobiet, razem 38 chorych, tj. ósmą część wszystkich chorób skórnych. Czas trwania leczenia wynosił średnio 26 dni.

Co do wieku i płci chorych, to nie spostrzeżono nic szczególniejszego. Naturalnie częściéj napotykano wyprysk u mężczyzn niż u kobiet, częściéj znów u mężczyzn w sile wieku, niż u dzieci i starców, a to z przyczyny, że pierwsi więcéj są narażeni na szkodliwości wyprysk wywołujące. Najczęściéj napotykano wyprysk u osób nędznie odżywionych, niedokrewnych, z usposobieniem zołzowém, znamionującém się obrzmieniem gruczołów limfatycznych, często owrzodzeniami zołzowemi skóry lub też nawet zmianami skrofulicznemi w układzie kostnym. W jednym przypadku obok wyprysku na głowie znaleziono drobne guziczki pierzchnicy zołzowéj (*Lichen scrophulosorum*) na odnogach górnych i tu i owdzie na tułowiu. Często anamneza wykazywała za powód wyprysku mieszkanie wilgotne, daléj niestósowne leczenie różnych chorób skórnych (szczególniéj świerzbu), działanie różnych środków żrących, do rękodzieł używanych. U kobiet najczęściéj napotykano wyprysk u kucharek, a następnie u praczek. — Wyprysk przewlekły, uporczywy, zajmujący większą część powierzchni ciała, chodził zazwyczaj w parze z nieżytami przewlekłemi kiszek i żołądka. Wyprysk odnóg dolnych towarzyszył dość często rozszerzeniom żył podudzia.

Z 38 przypadków spostrzeganych w klinice przypada na *Eczema capillitii* 6 przypadków, na *E. faciei* 2 przypadki, na *E. capillitii et faciei* 1 przypadek, na *E. faciei, colli et thoracis* 4 przypadki, na *E. extremitatum superiorum* 3 przypadki, na *E. thoracis et extremitat. super.* 1 przypadek, na *E. extremitatum inferiorum* 7 przypadków, na *E. dorsi, thoracis et abdominis* 3 przypadki, na *E. extremitatum inferiorum et capitis* 5 przypadków, na *E. scroti* 4 przypadki, na *E. labiorum pudend. majorum* 2 przypadki.

W większéj części przypadków napotykaliśmy *E. squammosum* i *E. madidans.* Następnie co do częstości występowały według porządku *E. impetiginosum* (głównie na twarzy), *E. vesiculosum* i *E. papulosum.* Prócz postaci czystych często spotykano kombinacyje dwóch, trzech lub kilku powyżéj wymienionych postaci wyprysku, na różnych częściach skóry, dotkniętéj zmianami chorobowemi.

Na osobną wzmiankę zasługuje wyprysk przewlekły worka mosznowego i międzykrocza, znany z uporczywości swojéj. Leczono go cztery przypadki. Przyczyny w trzech przypadkach chorzy nie umieli podać. Byłyto przypadki bardzo zastarzałe. W jednym choroba trwała już od 20 lat. Chorzy leczyli się w różnych szpitalach krajowych i zagranicznych, ale prócz chwilowéj ulgi, nigdzie nie odzyskali zupełnego zdrowia. W czwartym przypadku przyczyną wyprysku było zbyt długie noszenie przylepca rtęciowego na mosznach. Pacyjent, 20-letni izraelita z Krakowa, radził się w jednym z szpitali wiedeńskich na stwardnienie przyjądrza po zapaleniu rzeżączkowém. Zapisano mu *emplastrum mercuriale.* Chory nosił ten plaster przez 9 tygodni, nie radząc się już więcéj; aż dopiero gdy dostał wyprysku przybył do kliniki. U chorego tego wyprysk jeszcze świeży, dał się usunąć zwykłém leczeniem w ciągu dni 16.

U trzech innych chorych leczenie szło i u nas z wielkim oporem. Najlepiéj skutkowało mydło zielone nakładane

przez kilka dni bez zmywania na naciekłą skórę moszen. Skoro pod działaniem mydła usunięto łuski i zgrubienie skóry, używano dziegciu z oliwą (*āā*) lub nalewki dziegciowéj z wyskokiem i lotnikiem (*Rp. Olei rusci, Spirit. vin. rect. Aether. sulfur. āā*), czém chory pędzlował moszna dwa razy dziennie. Przy takiém leczeniu nieznośny swiąd szybko ustępował. Do zupełnego jednak wyleczenia w żadnym przypadku nie doprowadziliśmy. W jednym przypadku używaliśmy maści chrysorabinowéj (*Rp. Acidi chrysophanici* 4.00, *Ung. simplicis* 40.00). Wynik leczniczy jednak nie był zadowalający, tak, że powróciliśmy do zwykłego leczenia powyżéj opisanego. (C. d. n.)

III. Z kliniki okulistycznéj prof. Dra Rydla.

Spostrzeżenia kliniczne nad zaćmą i jéj operacyją poczynione od Igo stycznia 1878 po koniec 1882 roku.

Podał Dr. E. Machek,
docent w Uniw. Jagiell. i b. asystent kliniki okul.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 41).

2. Zaćm urazowych, mniéj lub więcéj szczątkowych, operowano 4 u 4ch mężczyzn, a prócz tego wydobyto u mężczyzny soczewkę z pod spojówki, dokąd się dostała skutkiem pęknięcia twardówki w oddaleniu 2mm. od górnego brzegu rogówkowego. Uraz był tępy, a oko wyglądało jakby po obwodowéj linijowéj operacyi zaćmy. Wreszcie operowano sposobem płatowym Beera przypadek urazowego zwichnięcia soczewki do komórki przodkowéj, skutkiem uderzenia odłamkiem śród tłuczenia kamieni. Z czterech wyżéj wspomnianych przypadków zaćmy urazowéj operowano w dwóch dawnym sposobem linijowym bez iridektomii i przywrócono $^6/_{36}$ i $^6/_{60}$ prawidłowéj bystrości wzroku. W pierwszym z tych przypadków powstała zaćma skutkiem skaleczenia soczewki gwoździem, w drugim skutkiem pęknięcia torebki po urazie tępym. W dwóch innych przypadkach wykonano obwodową operacyję Graefego z mniejszém nieco cięciem rogówkowo twardówkowém. W jednym przywrócono $^6/_{60}$, w drugim, w którym zaćma powstała po skaleczeniu szydłem, pozostało jak przed operacyją tylko poczucie światła, ze ścieśnionem od wewnątrz polem widzenia. Operacyję wykonano na żądanie chorego li tylko ze względów kosmetycznych z pomyślnym wynikiem technicznym. Wtórorzędna zaćma była cienka, błoniasta a wziernikiem można było widzieć dokładnie dno oka.

Na tém wreszcie miejscu opiszę przypadek zaćmy urazowéj, powstałéj skutkiem przebicia rogówki i torebki przodkowéj przez ciało obce, którém był podłużny, pręcikowaty odłamek szkła. Przypadek ten jest ciekawy także z tego powodu, że szkło przez dłuższy czas w oku pozostawało bez silniejszych objawów zapalnych, wyjąwszy te, które skutkiem pęcznienia soczewki wystąpiły.

S. R., l. 17, uczeń gimnazyjalny, zgłosił się 12 lutego 1882 do kliniki. Podaje, że wieczorem dnia poprzedniego kolega rozgrzewał w rurce szklanéj wyskok, przyczém rurka i szkło od lampy na drobne rozprysnęły się kawałeczki. Równocześnie uczuł chory ból w oku lewém, a na chustce, którą oko ocierał, było trochę krwi. Przez kilka godzin przykładał płótno maczane w zimnéj wodzie, a gdy oko wcale nie bolało, usnął i spał spokojnie do rana. Okoliczność, że dzisiaj okiem gorzéj widzi i że do światła patrzeć nie może, skłania go do szukania rady lekarskiéj. Badanie wykazuje na oku prawém za pomocą — 4 D prawidłową bystrość wzroku i odpowiedni wzrok w pobliżu; lewém zaś okiem chory liczy palce niepewnie tylko w oddaleniu 20cm. Światłowstręt znaczny, oczy we łzach pływają. Dolna powieka oka lewego na brzegu w oddaleniu 12mm. od wewnętrznego kącika szpary powiekowéj przecięta. Jeden z gruczołów Meiboma również przecięty, tak że treść jego można było szczypczykami wydobyć. Skutkiem przecięcia brzegu powstała szczelina powieki, bardzo nieznaczna, gdyż szerokość jéj wynosiła na podstawie 1·5mm. Spojówka powieki i gałki mocno nastrzykana, toż samo i naczynia rzęskowe. W rogówce od dołu rana płatowa, któréj środek przy miernéj zbieżności osi ocznych odpowiada rance w powiece dolnéj. Brzegi ranki lekko szaro zaćmione. Przodkowa komórka płytka, źrenica miernie rozszerzona, tęczówka od dołu i od zewnątrz do tylnéj powierzchni rogówki przyparta, soczewka niebieskawo-szaro zaćmiona, szczególnie w częściach górnych i zewnętrznych. Ciała obcego nie widać nigdzie mimo najdokładniejszego w tym względzie badania. Przy oświetleniu ogniskowém widać, że torebka jest przerwana w miejscu położonem o 2mm. na zewnątrz od środka ranki rogówkowéj. Linija łącząca rankę w dolnéj powiece, w rogówce i w torebce przodkowéj wskazuje przebieg ciała obcego. Zaćmienie istoty soczewkowéj jest poza raną torebkową najmocniejsze. Oświetlając sztucznie rozszerzoną źrenicę za pomocą wziernika wydostaje się przez jéj część górno-wewnętrzną cokolwiek czerwonego odblasku z głębi oka. Rozpoznanie: *Vulnus palpebrae inferioris, vulnus penetrans corneae et capsulae lentis, catarracta traumatica, verisim. corp. alienum in oc. sin.* Leczenie: Atropin, woda gorzka, spoczynek w łóżku, okłady lodowe bez przerwy we dnie i w nocy. Pomimo to pęcznienie wzmaga się gwałtownie. Komórka przodkowa napełniła się napół przeźroczystemi, pęczniejącemi okruchami soczewki, oko w pierwszych dniach prawidłowo napięte stwardniało w drugim tygodniu najwyraźniéj. Z tego powodu przekłuto 1 marca rogówkę i wypuszczono ciecz wodną a zarazem znaczną ilość napęczniałéj kory; w dwa dni później powstał czarny otwór w źrenicy, tak że chory już palce liczył. W następnych dwóch tygodniach pęcznienie, chociaż wolniéj, ciągle się jeszcze wzmagało a niebawem pęczniejące okruchy zakryły otwór w źrenicy. Z powodu ponownego podwyższenia ucisku śródocznego wykonano 25 marca powtórną punkcyję rogówki, po któréj znowu znaczna część kory z oka wystąpiła. W kilka dni późniéj wykazało badanie za pomocą oświetlenia ogniskowego, że w przodkowéj komórce od dołu i zewnątrz leży zaledwie dostrzegalne, bo przeźroczyste ciało obce, prawdopodobnie cieniutki odłamek szkła, którego raczéj domyślać się tylko było można po jaśniejszym nieco odblasku w postaci wąziuchnéj podłużnéj smugi. Jeden koniec lśniącego odblasku ginie pod blizną rogówkową, w którą wrosła tęczówka, drugi zmierza ku wewnątrz i tyłowi. Ciało obce, widocznie nadzwyczaj cienkie, odłamek rurki szklanéj, nie zmienia swego położenia przy poruszaniu oka i głowy; resztki soczewki uległy wessaniu, tylko od góry pozostała zaćma wtórorzędna, chory liczył z + 19 D palce na 5 metrów. Zabiegi mające na celu wydalenie ciała obcego z oka były połączone z największemi trudnościami i pozostały bezowocne. Trudność polegała na tém, że ciało obce tylko przy oświetleniu ogniskowém i to zaledwie spostrzedz było można, że nawet przy pomocy takiego oświetlenia stawało się niedostrzegalne po wypuszczeniu cieczy z przodkowéj komórki, że skutkiem najmniejszéj

zmiany położenia ciała obcego tęczówka ulegała zranieniu a krwotok z niéj uniemożebniał dalszą operacyję. Chory wystąpił z kliniki 11 czerwca z $V^6/_{60}$; z + 12 D czytał Nr. 19 Jg. Ciało obce leżało teraz w dolno-zewnętrznéj części komórki przodkowéj i nie poruszało się przy ruchach oka. Mierne nastrzykanie, światłowstręt, utrzymywały się jeszcze i utrudniały wykonanie dokładnych prób widzenia w pobliżu. Chorego widziałem w kilka miesięcy późniéj. Oko było blade, światłowstręt ustąpił. Ostatnie próby wzroku, których wynik mam zapisany, wykonałem 9 listopada z. roku. Z pomocą + 6 D widział $^6/_{60}$, za pomocą + 12 D czytał Nr. 13 Jägera z łatwością. Oko znosiło więc dobrze ciało obce. Po wystąpieniu z kliniki chory radził się także prof. Arlta w Wiedniu, który słysząc o usiłowaniach i o trudnościach wydobycia ciała obcego, wyjęcia podjąć się nie chciał, ponieważ zaś objawów zapalnych podówczas nie było, radzi więc, aby oko pozostawić w spokoju i zachować się wyczekująco. (Dok. nast.

IV. Oceny i sprawozdania.

Prof. Samuel: **O wstrzykiwaniu podskórném lub do żył jako metodach leczniczych w cholerze.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 41).

Jakkolwiek rozwój prątka jest proporcyjonalnym do przebiegu i nasilenia przypadów chorobowych, to stosunku żadną miarą wykazać nie można pomiędzy rozwojem tego pasorzyta poza organizmem i przebiegiem epidemij. Przez wyschnięcie tracą prątki skuteczność a z cieczy nie mogą się roznieść, jeżeli ciecz nie bywa rozpylaną; jeżeli zaś rzecz ma się tak rzeczywiście, to wprowadzenie prątka do organizmu musi się prawie wyłącznie odbywać wśród jedzenia lub picia. Nie jest wcale prawdopodobném, żeby praczki ulegały zakażeniu w chwili, gdy zajęte praniem rozbryzgują wodę zawierającą prątki. Kropelka mydlin, która się może dostać na wargi, zostanie z pewnością startą z ust nie zaś połkniętą, zresztą bieliznę zlewa się zazwyczaj wrzącą wodą, zanim się ją pierze. Wyjątkowym również nazwać należy zbieg okoliczności, jaki ma miejsce na wybrzeżu Aleksandryi, tak więc musiałyby się prątki prawie zawsze z pokarmami dostawać do przewodu pokarmowego, trudno zaś przypuścić, ażeby tak częstém być mogło zanieczyszczenie potraw i napojów jużto wodą zawierającą prątki, jużtéżto palcami, na których pozostały cząstki kału cholerycznych. W tym względzie zasługuje również na uwagę okoliczność, że woda użyta do potraw bywa zazwyczaj przegotowaną. Tak tedy przypuścićby należało, że najczęściéj zakażenie następuje za pośrednictwem wody do picia lub owoców surowych, które myto wodą zawierającą prątki; ten sposób pojmowania nie zgadza się jednak z przebiegiem zarazy na statkach na pełnym oceanie, gdyż woda do picia nie jest na statkach dostępną dla prątków. Jeżeli tak rzeczy stoją, to profilaksa cholery polega właściwie na dostarczeniu czystéj wody a co się dzieje z odchodami, jest już podrzędnego znaczenia, gdyż chociaż prątki dostaną się do ziemi i mnożą się w wodzie gruntowéj, nie dostaną się przecież do rur prowadzących wodę czystą do picia i do domowego użytku. Pomimo tego wszystkiego pozostaje dotąd niewytłumaczoném, dla czego pewne miejscowości są zawsze niedostępne dla cholery, dla czego bezpieczeństwo to trwa czasem tylko przez czas pewien i dla czego epidemije gasną nagle, nie podobna bowiem przypuścić, aby nagle zabrakło osób skłonnych do zarażenia się cholerą.

Przebieg zarazy bywa z początku i w końcu nader dziwaczny. Ileż prątków musiano z Marsylii i Tulonu rozwlec nietylko do Lyonu i innych miejscowości na gruncie skalistym, lecz do Paryża i wielu innych miast, zbudowanych na pokładach dyluwialnych, a przecież ten obfity zasiew wydał stosunkowo tak mało owocu; obraz ten poucza, że nietylko okręty ale i pociągi kolei żelaznych mało przyczyniają się do rozwleczenia zarazy w stosunku do liczby podróżnych i ilości pociągów. Dużo to jeszcze pracy kosztować będzie, zanim będzie można ten dziwaczny rozwój epidemii ująć w pewne prawidła.

Autor przechodzi teraz do właściwego tematu swojéj rozprawy, a mianowicie do dania odpowiedzi na pytanie na początku zamieszczone, o ile doznało zmiany leczenie cholery pod wpływem odkrycia prątków? Usiłowania lecznicze dawniejsze, o ile one były możliwe, wychodziły już dawniéj z zapatrywania, że cholera polega na wtargnieniu przyrzutu do organizmu. Cała trudność polega na tém, że nie można przeciwpasorzytnych płynów wlewać do jelita w ilości dostatecznéj do powstrzymania rozwoju, względnie zabicia prątków. Kierunek ten leczniczy wtedy tylko zyskałby podstawę, gdyby się znalazł środek w małych ilościach szkodliwy dla prątka a obojętny dla organizmu ludzkiego. Dopóki środka takiego nie znamy, dla naszéj terapii tak samo niedostępnemi są prątki wykryte jak były pasorzyty, których się domyślano ale ich jeszcze nie znano. Odkrycie prątka nie wykazało, nawet o ile korzystném i usprawiedliwioném jest leczenie biegunki początkowéj za pomocą makowca. Jeżeli wczesne powstrzymanie biegunki zapobiega sprawie cholerycznéj, t. j. powstrzymuje rozwój prątka, jakimże sposobem dzieje się to? Prątki przecież pozostają w jelicie, nie bywają wydalane, powstrzymanie ruchu robaczkowego może wpłynąć na ustanie pochodu prątków, lecz jakże może ono powstrzmać ich rozwój? Spodziewaćby się należało, że teraz działanie ich na pętle jelit, w których pozostały, będzie tém żywszém i sprawy zapalne wystąpią tam z tém większém nasileniem. A rzecz ma się przecież wręcz przeciwnie. Sprawa chorobowa przestaje się szerzyć a prątki giną w pełni swego rozwoju. Pojąć to można jedynie przypuszczając wytworzenie się produktów życia prątków, które zapobiegają ich dalszemu krzewieniu się. To przypuszczenie ma wiele za sobą i w naturze znane są już sprawy analogiczne. Jeżeli biegunka początkowa nie ustaje i typowy napad rozwija się pozostają te same wskazania lecznicze. Po upływie 24—36 godzin mija napad a p r ą t k i g i n ą s a m e; jeżeli więc nie mamy środków, aby prątki zniszczyć, możemy być pewni, że to nastąpi w krótkim czasie, jeżeli tylko uda nam się, tak długo utrzymać chorego przy życiu.

Niebezpieczeństwo grozi życiu bez wątpienia z powodu utraty wody we krwi, utrata ta postępuje do tego stopnia, że krążenie ustaje; czy oprócz tego grozi inne jeszcze niebezpieczeństwo w okresie zamartwiczym, tego rozstrzygnąć nie można, bądź co bądź jasném jest wskazanie lecznicze wynikające z powodu gęstnienia krwi, rozchodzi się tylko o to, w jaki sposób je wypełnić?

Tutaj rozwodzi się S. nad podanym przez siebie sposobem wlewania wody pod skórę, o którém pisał już niejednokrotnie. Sprawozdanie z jego pracy zamieszczonéj w *Berl. klin. Wochenschr.*, Nr. 28, z r. b. podaliśmy w Nrze 29 „Przeglądu Lekarskiego" z r. b., do tego téż sprawozdania odsy-

łamy czytelników wobec okoliczności, że niniejszy artykuł S. nie zawiera nic nowego w tym kierunku. Autor kładzie nacisk na zapatrywanie swoje, objawione nieraz, że koniecznėm jest ciągłe wlewanie wody pod skórę przez cały czas trwania okresu zamartwiczego, a więc przez 24 do 36 godzin, aby uzyskać rezultat dodatni, dodaje, że jakkolwiek wlewanie takie przedsiębrano, nie wytrwano nigdzie przez czas odpowiedni i dla tego rezultat bywał ujemnym. W dalszym ciągu zastanawia się nad rozczynem, który ma służyć do tych wstrzykiwań i przychodzi do wniosku, że wobec tego, że się tu głównie i przedewszystkiém o wodę samą rozchodzi, podrzędne ma znaczenie, czy ta woda jest słabym rozczynem téj lub owéj mieszaniny soli krystalicznych, bo słabe rozczyny soli ulegają również nader łatwo wessaniu. Miejscem najodpowiedniejszém do tych wstrzykiwań są okolice szyi i boki klatki piersiowéj, tutaj bowiem bywa krążenie utrzymane, pomimo że mogło już ustać na odnogach. Narzędziem najodpowiedniejszém jest trójgraniec zwykły, którego rurkę można zamknąć kurkiem i pozostawić pod skórą. Trudność zabiegu nie leży w wykonaniu tegoż lecz w tém, że go trzeba nader często powtarzać, trudność ta może jednak znacznie zmaleć w dobrze urządzonym szpitalu przy pomocy dobrze wyćwiczonéj obsługi.

W końcu przytacza S. ustęp z prywatnéj korespondencyi z Cantanim, który podczas obecnéj epidemii w Neapolu zastosował to leczenie na większy rozmiar. Z korespondencyi téj wynika, że ta metoda leczenia ma rzeczywistą wartość, jak to już wiadomém jest czytelnikom „Przeglądu" z 40 Nru naszego pisma (str. 535) z roku bieżącego. (*Berl. klin. Woch.*, Nr. 40 i 41, 1884). *Dr. Schaitter.*

Doc. Dr. Karol Chodounský: **Klimatyczne leczenie gruźlicy płuc.** (Praga, 1884 r. Odbitka z Časopisu l. č.). Streścił Dr. A. Kwaśnicki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 41).

Przeciwwskazaném jest leczenie klimatyczne w następujących okolicznościach: 1) Jeśli ciepłota dosięga 39° a gorączka jest stałą lub tylko zwalniającą; 2) jeśli obszar nacieku jest znaczny, zwłaszcza w okresie rozpadu i kiedy już bezwzględnie źle rokujemy; 3) jeśli upadek sił chorego wymaga przebywania w łóżku; 4) jeśli gruźlicy płucnéj towarzyszy gruźlica otrzewny itd. Zdarzają się obfite i częste krwotoki płuc, które wymagają spokoju i leczenia farmakologicznego, zanim kolej przyjdzie na pobyt w stacyi klimatycznéj.

Wskazania wypływające ze względu na indywidualność, stan sił i powikłania z innemi chorobami.

Chorzy tak zwani eretyczni, tj. wyróżniający się nadzwyczajną wrażliwością układu nerwowego i krążenia, oraz skłonnością do cierpień nieżytowych i zapalnych, nie nadają się do klimatycznych stacyj górskich; w wysokim stopniu drażliwości sprzyja pobyt na morskiém nieco wilgotném wybrzeżu, np. w wschodniéj Riwierze. Stan sił suchotników jest zawsze mniéj więcéj niedostateczny, a wiemy, że osłabienie ułatwia rozwój sprawy gruźliczéj; z tego względu przy wyborze metody leczniczéj należy ten stan sił uwzględnić. Wyżéj było powiedziane, że w każdém klimatyczném uzdrowisku chorzy ulegają wpływom pobudzającym, których siła jest nie jednaka, i w miarę téjże dzielimy klimaty w pojęciu leczniczém na górski, pomorski, śródlądowy, leśny itd. Jeśli więc nie ma przeciwwskazań wynikających z przebiegu choroby, a stan sił jest dostateczny, to wysyłamy takiego chorego w góry. Trudniéj powziąść decyzyję, kiedy stopień znaczniejszy osłabienia przeciwwskazuje stacyje górskie; nie należy jednak spuszczać z uwagi, że dla mniejszych stopni osłabienia posiadamy stacyje na miernych wyżynach (600—800 m.), jak Obersdorf, Aussee, Heiden itd. Również osoby, u których tętno i oddechy są stale przyspieszone, a siła wdechowa niedostateczna, źle się czują w górach, jak to wykazują spostrzeżenia Denisona.

Wiek chorych i te zmiany w naczyniach i chrząstkach żebrowych, które on za sobą pociąga, staje się po za 50tym rokiem (Denison) przeciwskazaniem do wysłania w góry.

Powikłania suchot z innemi chorobami są przeciwwskazaniem do pobytu w górskim klimacie w następujących okolicznościach: 1) w jednoczesném istnieniu chorób nerwowych, występujących bądź napadami, bądź objawami gwałtownemi; 2) w wadach zastawek serca, zwyrodnienia mięśnia sercowego, chorobach naczyń; 3) w zapaleniu nerek, a nawet w istnieniu samego białkomoczu; 4) w złośliwéj niedokrewności; 5) w obfitéj wypocinie opłucnowéj; 6) skłonności do nieżytów oskrzelowych.

Wskazania wynikające z przebiegu suchot są rozmaite, jak rozmaitym jest przebieg téj choroby: zależą one od okresu nacieku (naciek, rozpad, jamy), stopnia towarzyszącéj gorączki, krwotoków płucnych, powikłań. Okres nacieku, jeśli nie istnieją żadne przeciwwskazania, najlepiéj się nadaje do stałego pobytu w stacyjach górskich; jeżeli chera jest już znacznego stopnia, należy zadowolić się pobytem w dobrze urządzonéj stacyi na równinach. Spostrzeżenie pouczyło, że w okresie rozpadu skuteczność wpływu klimatu górskiego jest mniejsza, aniżeli w okresie nacieku, i że wytworzenie się jam rychléj następuje, aniżeli to ma miejsce na równinach. W okresie przeto rozpadu należy wysełać w góry tylko takich chorych, u których obszar zajętego płuca jest niewielki, ograniczony, gorączki nie ma lub mała, a siły niewyczerpane, w przeciwnym razie należy skierować chorego na równiny. W okresie już wytworzonych jam, jeśli zajęte są oba płuca, chorobie towarzyszy wysoka gorączka, a siły chorego słabe, nie należy go wywozić z pod dachu własnego mieszkania; natomiast jeśli zajęte tylko jedno płuco, siły niewyczerpane jeszcze, możemy nawet przy średniéj gorączce ze skutkiem zalecić choremu pobyt w cieplejszych równinach. Jeżeli zaś chory nie gorączkuje, a wysłuchem stwierdzić możemy, że rozpad powstrzymał się na bardzo ograniczonym obszarze, należy chorego wysłać w klimat górski, który najskuteczniéj przyczynić się może do możebnego zagojenia jamy.

Wysoka ciepłota bardzo często towarzyszy gruźlicy: jest ona przeciwskazaniem dla leczenia klimatycznego; wyjątek stanowią przypadki z znacznemi zwolnieniami rannemi, ale i w tym razie tylko o stacyjach na równinach myśleć należy, gdyż klimat górski jest szkodliwy we wszystkich formach gorączki. Słabsze stopnie gorączki w odpowiednio wybranych miejscach klimatycznych ustają (Brehmer, Petri), pomimo to niezbędną jest wielka ostrożność w wysyłaniu chorych gorączkujących.

Krwotoki płucne są przeciwwskazaniem do leczenia klimatycznego; dopiero po upływie długiego czasu bez krwawienia można pomyśleć o zmianie klimatu. Z wyjątkiem krwotoków z jam płuc, które wymagają wyczekiwania i wielkich ostrożności, zanim wyszle się chorego do klimatu równin, inne przypady krwawienia płuc nadają się do leczenia w klimacie górskim; skuteczność pobytu w górach su-

chotników z krwotokami stwierdza statystyka. Wpływ nizin na przebieg krwotoków płucnych jest nader nieznaczny; bezpośrednie sąsiedztwo morza czasami wywołuje krwotoki płucne i zmusza chorego do opuszczenia klimatu pomorskiego.

Cierpienia krtani (wrzody), czy to nieżytowe czy gruźlicze, nadają się do leczenia w klimacie nizin.

Na dwie okoliczności należy jeszcze zwrócić uwagę: chorzy po dłuższym pobycie w ciepłym klimacie wydelikacają się i po powrocie źle znoszą niepogody naszéj strefy; powtóre w stacyjach górskich serce i płuca przyzwyczajają się do większéj pracy, a chorzy po powrocie zapominają o potrzebie utrzymywania miary tych fizyjologicznych warunków; w tych okolicznościach utraca się wiele nabytych korzyści. Autor radzi zapobiegać pospiesznemu powrotowi do ojczyzny, i sądzi, że przed drugą połową maja chorzy nie powinni przybywać do naszego klimatu; a chcąc im oszczędzić niemiłych kwietniowych upałów na południu, należy doradzać pobytu przez kwiecień i pierwszą połowę maja nad jeziorami północnych Włoch lub w Meranie. Utarło się mniemanie, że po powrocie z stacyj alpejskich chorzy zapadają w stan gorszy; zdanie to jest prawdziwe o tyle, o ile stósuje się do chorych, którzy bądź zakrótko bawili w Alpach, bądź też po powrocie zachowywali się nieostrożnie. Doświadczenie pouczyło, że aby odnieść trwały wynik pobytu w górach, należy przebywać w nich bez przerwy dwa lata; sezonowe leczenie w górach nie ma najmniejszéj podstawy; chorzy nie powinni zapominać, że po powrocie muszą zachować wszelkie ostrożności, ażeby nie zamącić uregulowanego trybu czynności oddechania i krążenia.

W obec wszystkich powyższych uwag wszelkie klimatyczne leczenie jest przeciwwskazane: 1) w towarzyszącéj znacznéj gorączce; 2) w zajęciu sprawą naciekową znacznego obszaru płuc, przy postępującym nacieku; 3) przy wielkim upadku sił; 4) w powikłaniu z gruźlicą trzew.

Przeciwwskazania leczenia klimatem górskim: 1) eretyczny typ ustroju; 2) złośliwa niedokrewność; 3) zmiany organiczne w sercu zależne od wieku, oraz skostnienie chrząstek żebrowych; 4) stale przyspieszone tętno; 5) insuficyjencyja oddechowa; 6) gorączka; 7) zserowacenie nacieku pozapalnego we wszystkich okresach; 8) przewłoczna gruźlica z nasileniami; 9) nieżyt i gruźlica krtani; 10) rozpad miąższu płucnego ze złym stanem całego ustroju; 11) powikłania z chorobami serca i naczyń; 12) zchorzenie nerek; 13) nerwobóle i nerwice z napadami.

Przy krwotokach płucnych leczenie klimatem górskim jest wskazane: 1) w początkowéj dobie krwotoków; 2) w nieznacznych biernych krwotokach; 3) w czynnych krwotokach po ustaniu gorączki i po upływie ośmiu tygodni od ostatniego krwotoku; 4) w krwotokach z jam, jeżeli postęp rozpadu miąższu płucnego zatrzymał się, gorączka ustała, a dwa miesiące przeszlo bez krwotoku.

Leczenie klimatyczne na nizinach jest wskazane: 1) jeżeli ciepłota nie przekracza 38°C.; 2) w okresie rozpadu z nieznacznemi objawami odczynu ogólnego; 3) w krwotokach z przekrwienia czynnego; 4) w krwotokach z jam płucnych, w dwa miesiące po ostatnim krwotoku; 5) w nieżycie z gruźlicy krtani, jeśli inne zmiany nie stoją na przeszkodzie; 6) w powikłaniach z cierpieniami serca i naczyń; 7) w objawach znacznéj drażliwości dróg oddechowych; 8) w objawach słabéj siły wdechowéj przy tętnie zazwyczaj przyspieszoném; 9) w wybitnéj niedokrewności; 10) w wieku podeszłym.

Podaliśmy szkic pracy Dra Chodounskiego, prawdziwie żałując, że rozmiary sprawozdania zmusiły nas do opuszczenia wielu cennych rozumowań i wniosków praktycznéj wartości, które stanowią część oryginalną téj pracy. Autor zebrał luźnie rozrzucone zdania i liczby w literaturze całego świata, i drogą syntetyczną stworzył całość, która będąc niezawodnie cennym drogoskazem dla praktycznego lekarza, jednocześnie rozjaśnila światłem krytyki umiejętnéj wiele ciemnych zagadnień klimatoterapii; dla tych zalet postanowiliśmy zapoznać czytelników „Przeglądu Lek.“ z treścią w przekonaniu, że to nasze sprawozdanie pobudzi wielu do przeczytania całéj rozprawy Dra Chodounskiego.

Fränkel: **Leczenie ropni zimnych jodoformem.**

Leczenie ropni opadowych było jedną ze słabych stron chirurgii. Dawniéj stawiano jako zasadę, aby ich zupełnie nie otwierać, z powodu że po wypuszczeniu ropy gromadziła się ona bardzo szybko powtórnie, chory tracił dużo białka, w jamie ropnia przychodziło bardzo łatwo do rozkładu, a chory szybko ulegał wyniszczeniu, lub ostréj chorobie przyrannéj. Z wprowadzeniem leczenia przeciwgnilnego przynajmniéj to ostatnie niebezpieczeństwo zostało usunięte, a ropienie pod wpływem środków przeciwgnilnych zostało ograniczone, lecz prawie zawsze pozostawała ropiejąca przetoka, czyli stan taki sam, jak po dobrowolném otwarciu się ropnia, a nadto przy zaniedbaniu ostrożności przeciwgnilnych, co u biedniejszych chorych może się zdarzyć bardzo łatwo, groziły zawsze choroby przyranne. Z tego więc powodu i w najnowszych czasach ograniczano leczenie chirurgiczne ropni opadowych tylko do niektórych przypadków, a mianowicie otwierano ropień tam, gdzie spodziewano się, że pierwotne ognisko w kości da się usunąć, gdzie ropień sprawiał przez ucisk znaczne dolegliwości, lub gdzie groziło dobrowolne przebicie ścieńczałéj skóry. W innych bardzo częstych przypadkach, w których ropień był bardzo duży i ognisko pierwotne głębokie, pozostawiano ropień swemu losowi. Dopiero przed 3 laty uczynił prof. Mikulicz i te przypadki dostępnemi leczeniu, polecając wypuszczenie treści ropnia przez nakłucie i wstrzyknięcie do jamy ropnia mięszaniny jodoformu, gliceryny i oliwy. Wyniki tego postępowania podaje Fränkel w swéj rozprawce. Postępowanie było zupełnie takie, jak je polecił Mikulicz a zatém śród zastósowania ostrożności przeciwgnilnych nakłuwano ropień trójgrańcem i wypuszczano lub pompowano ropę, a natomiast wstrzykiwano mięszaninę jodoformu z gliceryną 1:10 (dodatek oliwy opuszczono) stósownie do wielkości ropnia kilkanaście do 100 gramów naraz, poczém zakładano silnie uciskający opatrunek z plastru lepiącego i chory mógl się oddawać bez przerwy swemu zajęciu. Z pomiędzy 20 leczonych w ten sposób chorych, u których pierwotna sprawa chorobowa znajdowała się prawie zawsze w kości (kręgi, żebra, miednica, kość udowa), wynik był 18 razy pomyślny, a mianowicie 13 razy nastąpiło zupełne wyleczenie, u reszty pozostał w miejscu ropnia twardy naciek; 2 chorych pozostało niewyleczonych. Czas leczenia wynosił 2 tygodnie do pół roku, w przecięciu około 2 miesięcy. Są to wyniki bardzo pomyślne i zachęcające do dalszego stósowania tego sposobu leczenia (*Wiener med. Wochenschr.* Nr. 26—28).

(W klinice prof. Mikulicza leczono w ten sposób 3 cho-

rych, jednego z ropniem na udzie, dwóch z ropniem bardzo dużym na plecach. U pierwszego był wynik niepomyślny o tyle, że mimo 3 krotnego wstrzyknięcia jodoformu ropień się nie zmniejszył i musiano go otworzyć i wyskrobać, poczém nastąpiło wyleczenie. U drugiego ropień po dwukrotném wstrzyknięciu mięszaniny jodoformu znikł zupełnie. U trzeciego ropień bardzo duży zmniejszył się bardzo znacznie po wstrzyknięciu 50 gramów mięszaniny w ciągu miesiąca, postępowanie to powtórzono, ostateczny wynik niewiadomy, gdyż chory nie zgłosił się więcéj do kliniki). *H. Schramm.*

P. Rosenbach: **O patogenezie padaczki.**

(Z pracowni prof. Mierzejewskiego w Petersburgu).

Padaczka polega na zmianach czynnościowych w ośrodkach nerwowych, to téż autopsyja nie wykazuje zmian właściwych temu schorzeniu. Wobec tego starano się od dawna na drodze doświadczeń przedsiębranych na zwierzętach wyjaśnić ciemną kwestyję patogenezy téj nerwicy. Doświadczenia pouczyły, że wśród pewnych warunków można u zwierząt wywołać ogólne toniczne i kloniczne drgawki po odjęciu półkul mózgowych, a pewnik ten stał się powodem, że w ośrodkach mostu Varola i w rdzeniu przedłużonym szukano przyczyn padaczki. Na nowe szlaki zwróciły się te dociekania z chwilą, gdy wykryto ośrodki psychomotoryczne, zaczęto powątpiewać w dawniejszą teoryję a przyczyn padaczki szukano w korze półkul mózgowych. Pomimo tego zwrotu rzecz do dziś dnia nie jest stanowczo załatwioną, nie ma dotąd zgody pomiędzy autorami nietylko co do tłumaczenia rezultatów doświadczeń ale nawet co do samych rezultatów tych doświadczeń. Kwestyja przyczyny padaczki jest dotąd otwartą — a okoliczność ta skłoniła autora do podjęcia szeregu doświadczeń, których celem jest wyjaśnienie znaczenia kory mózgowéj przy powstawaniu napadu padaczki.

W pierwszéj części rozprawy swojéj zestawia Rosenbach starannie zapatrywania dawniejsze; wywodzi początek teoryi t. zw. rdzeniowéj, wymienia doświadczenia odnośne Kussmaula i Tennera, Schroedera van der Kolk i Nothnagla i dochodzi do przekonania, że teoryja rdzeniowa nie może się żadną miarą ostać ani w swéj pierwotnéj postaci, ani téż zmodyfikowana w myśl zapatrywań Nothnagla. Zasługą tych wszystkich doświadczeń jest wykazanie, że po odjęciu półkul mózgowych można wywołać ogólne drgawki, czy jednak drgawki te mają znaczenie napadu padaczkowego, na to dowodu nie ma, a pewne okoliczności wskazują nadto, że drgawki, wywoływane wśród doświadczeń tych autorów, należy odróżnić od drgawek padaczkowych.

Z odkryciem ośrodków psychomotorycznych w korze mózgowéj zapatrywania zmieniły się o tyle, że padaczkę rozróżniano na korową (*epilepsia corticalis*) i na idyjopatyczną, któréj przyczyna miała się znajdować w rdzeniu. Już doświadczenia kliniczne wskazywały, że istnieje szereg przypadków, w których za życia spostrzegano padaczkę, a autopsyja wykazała zmiany w korze mózgowéj, doświadczenia nadto przedsiębrane na zwierzętach wykazywały, że drażniąc powierzchnię mózgu za pomocą prądu elektrycznego można wywołać drgawki pojedynczych odnóg lub całego ciała. Przypadki padaczki „korowéj" różnią się od padaczki idyjopatycznéj tém, że napady pierwszéj nie łączą się zazwyczaj z zupełną utratą przytomności i przebiegają odmiennie: drgawki rozpoczynają się zazwyczaj w jednéj grupie mięśni i ztąd dopiero rozchodzą się na inne grupy, czasem zaś ograniczają się do jednéj odnogi. Z drugiéj strony przemawiała okoliczność, że po silném drażnieniu kory mózgowéj występowały ogólne drgawki, za tém, że i idyjopatyczna padaczka powstaje za pośrednictwem kory mózgowéj; doszło nawet do tego, że Luciani przypisywał rdzeniowi drugorzędne znaczenie w powstawaniu napadów. W ostatnich czasach przyłączył się Unverricht do tych zapatrywań a na podstawie spostrzeżeń klinicznych porzucił zupełnie teoryję „rdzeniową".

Tak rzeczy stały, zanim autor podjął się opracowania téj kwestyi. Każdy prawie szczegół twierdzeń autorów dawniejszych był zachwiany rezultatami nowszych doświadczeń a trudno zaiste było rozpoznać się w tym odmęcie sprzecznych zapatrywań.

Nie podobna wchodzić na tém miejscu w szczegóły pracy Rosenbacha, która obejmuje nietylko doświadzenia na psach, jako zwierzętach, jedynie odpowiednich do tych doświadczeń, lecz także spostrzeżenia kliniczne z oddziału prof. Mierzejewskiego dla tego zestawiamy tylko rezultaty badań R. w następujących pięciu zdaniach:

1. Napady drgawkowe, wywoływane u psów przez elektryczne drażnienie mózgu, powstają w skutek zadrażnienia ruchowych ośrodków kory i są zależnie od sposobu drażnienia podobne jużto do padaczki t. zw. „korowéj", jużtéżto do napadów padaczki idyjopatycznéj, spostrzeganéj u ludzi.

2. Pomiędzy padaczką korową a idyjopatyczną nie ma tedy zasadniczéj różnicy patogenetycznéj, ze względu jednak na to, że pierwsza jest objawem i rezultatem organicznéj zmiany mózgu a pod względem przebiegu klinicznego różni się od ostatniéj, należy ją ściśle odróżnić od idyjopatycznéj czyli czynnościowéj, jako polegającą na zmianie organicznéj.

3. Napady drgawkowe padaczki idyjopatycznéj, jak niemniéj napady *petit mal*, są następstwami pierwotnego chorobowego zadrażnienia kory mózgowéj.

4. Rozmaitość obrazu klinicznego padaczki jest zależną od różnorodności i od rozległości zmian patologicznych w korze, które napad wywołały.

5. Teoryja, według któréj przyczyna napadów padaczkowych ma istnieć w ośrodkach rdzenia przedłużonego i w moście Varola, nie może się ostać, gdyż nie stoi w zgodzie ze spostrzeżeniami klinicznemi a nadto nie polega na faktach pewnych. (*Virchow Archiv für path. Anat.*, t. 97 III z.) *Dr. Schaitter.*

V. Sekcyja okulistyczna na Kongresie międzynarodowym lekarskim w Kopenhadze 1884 r.

Sprawozdanie **Dra B. Wicherkiewicza.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 41).

Abadie z Paryża: O leczeniu garbca częściowego postępującego. Chodzi tu o te przypadki, w których wzmagający się garbiec, będąc dość wielkich rozmiarów, pozostawia jednak jeszcze część rogówki dosyć przeźroczystą, tak, iż można przypuszczać, że dałoby się coś zrobić dla wzroku; a jednak przepowiednia w takich razach jest złą, gdyż ani rękoczyn zajmujący powierzchnię bliznowatą (jakoto: wycięcie, nakłucie, przyżeganie) ani téż irydektomija, nie zawsze powstrzymują wznowek, które doprowadzają w końcu do tego, że garbcowe zwyrodnienie kończy się zajęciem całéj rogówki, a nawet części przedniego oka. Wychodząc z założenia, że powstanie wznówek przypisać wypada drażnieniu oka, w skutek ciągnienia téj części tęczówki,

która przylega do blizny, powziął autor myśl przecięcia tęczówki tam, gdzie ona stanowi przedni przyczep i to pomiędzy rzęskową częścią a blizną rogówkową, z którą tęczówka jest zrośniętą. W tym celu wprowadza Abadie nóż Graefego przez podstawę garbca niedaleko miejsca, gdzie tenże graniczy ze zdrową rogówką, a jeżeli przednia komórka zanadto jest miałką, prowadzi nóż dalėj do tylnėj komórki i robi przeciwkłucie. Potém prowadzi nóż ku granicy rogówko-twardówkowėj, pozostawiając jednakże tutaj środkowy mały płat jak przy sklerotomii. Przez odcięcie w ten sposób tęczówki, pomiędzy blizną i przyczepem rzęskowym, spodziewa się autor usunąć główną przyczynę rozwoju garbca. Operacyję tę nazywa Abadie stafylotomiją a przypadki operowane dały mu dobre wyniki.

Dor z Łyonu mówi: O fotografowaniu obrazów wziernikowych i przedstawia próby odnośne, zrobione przyrządem, który opisuje, a fotografije przedłożone przedstawiają obrazy zdjęte z oka sztucznego Perrina, z oka chloroformowanego kota i królika. Nie można o nich twierdzić, ażeby były doskonałe, lubo pozwalają przypuszczać, że dalsze próby wypadną korzystniėj.

W dyskusyi nad tym przedmiotem zauważa Noyes, że już w roku 1862 zbudował przyrząd podobny do tego, o którym Dor wspomina, lecz napotkał pod względem praktycznym na trudności nieprzezwyciężone, a trudnościami temi były przedewszystkiém następujące okoliczności:

1. Brak dostatecznėj wrażliwości tablicy (trudność ta już jest dzisiaj usuniętą);

2. Obraz nerwu wzrokowego może się dobrze udać, ale okolica żółtėj plamy bywa zupełnie zaciemnioną przez odblask rogówki. Noyes starał się światło spolaryzować, ale przez to tylko światło osłabił nie usunąwszy przykrego odblasku;

3. Trudno nadzwyczaj unieruchomić oko.

Te trudności zniechęciły go zupełnie i odwiodły od dalszych doświadczeń.

Hansen-Grut z Kopenhagi czyta rzecz swoją o dwóch postaciach zapalenia rogówki:

a) Pierwszą postać opisał autor przed kilku laty. Zdarza się ona w klinice kopenhagskiėj dość często, mianowicie po lekkiém obrażeniu rogówki, np. paznogciem. Zrazu powstają przeciągłe bole, mylnie uchodzące za nerwowe poczucie, gdy przyczyną ich jest zawsze uraz. Bole te newralgiczne powtarzają się zazwyczaj w postaci napadów i to w ciągu wielu lat (nawet przez 10 lat w jednym przypadku). Napady te pojawiają się rano po zbudzeniu się ze snu. Chory doznaje uczucia, jakoby ciało obce było w oku, lub téż jakoby powieka z trudnością przesuwać się dała, uczucie to pozostaje po wielu nawet latach takiém samém, jak kiedy rana rogówkowa była jeszcze świeżą. Zdaniem Hansena pochodzi to ztąd, że końce nerwów w nabłonku rogówki dawniėj zranionėj, pozostają w stanie chorobowėj nadczułości. Lecz i zdrożne odrodzenie nabłonka może być przyczyną tych bolesnych napadów. W skutek tėj drażliwości powstaje silne łzawienie, którém kończy się napad trwający 10—15 minut. Jeżeli stan drażliwości jest mniėj przelotnym, natenczas oko zaczerwienia się wśród ciągłego czucia ciała obcego, a po dokładném zbadaniu rogówki przekonywamy się o istnieniu na niėj wielkiego pęcherza, którego zawartość daje się powieką przesuwać. Częściėj jednakże nie widzimy przedmiotowo nic, albo téż nieznaczne tylko zamglenie. Atoli wielce znaczące w tėj postaci zapalenia rogówkowego jest to, że bez względu na to, czy powstał pęcherz lub nie, możemy za pomocą szczypczyków z miejsca dotkniętego cierpieniem unieść nabłonek w całości albo téż cząsteczkami. Płaszczyzna dotknięta jest zazwyczaj dość znaczna i obejmuje niekiedy połowę rogówki. Jeżeli po powierzchowném takiém oskrobaniu rogówki przychodzi do zapalenia téjże błony, to występuje ono zawsze w postaci pęcherzowėj i to, jak twierdzi Hansen, tak stale, że po oskrobaniu rogówki choremu zapalenie takie z góry przepowiedzieć można. Zapalenie to jednakże bardzo późno nieraz występuje, tak że istotna jego przyczyna zazwyczaj zaciera się w pamięci. Ta postać rogówkowego zapalenia nie ma nic wspólnego ze stanem jaskrowym, z zapaleniem rogówki śródmiąższowém, ze zapaleniem pryszczykowém (*keratitis vesiculosa*), z liszajem czoła (*herpes frontalis*), albo z opryszczkami powstającemi w następstwie nieżytu oskrzeli albo zapalenia płuc, w którychto przypadkach obok zmniejszonego naprężenia jest i czułość osłabioną, podczas gdy w postaci przez Hansena opisanėj czułość właśnie jest powiększoną. Wycięcie płata nabłonkowego i zapuszczenie atropinu usuwają w kilku godzinach bole, nabłonek odnawia się, a w 3—5 dniach powraca wszystko do prawidłowego stanu. Niekiedy treść pęcherza staje się mętną, żółtą, wtenczas to przebieg cierpienia jest powolnym. Autor przyznaje się, że w walce przeciwko powrotowi napadów był bezsilnym. Napad sam można znacznie skrócić przez zapuszczenie słonėj wody albo słabego rozczynu kwasu borowego unikając przytém pocierania ócz. W czasie wolnym od napadów oko jest prawidłowe. W sześciu przypadkach Hansen spostrzegł rodzaj zapalenia pęcherzowego, powstałego sympatycznie na drugiém oku wolném od urazu.

b) Druga postać zapalenia rogówkowego przedstawia się jako powierzchowne owrzodzenie z przebiegiem przewlekłym i z wyraźną skłonnością do pełzania. Ból przytém zazwyczaj słaby, nastrzyknięcie spojówki nieznaczne. Przy oświetleniu ukośném widać plamkę powierzchowną, prawie zawsze niedaleko obwodu rogówki umieszczoną. Nabłonek ulega szybko powierzchownemu owrzodzeniu. Po kilku dniach nasięk rozszerza się w sposób znamionujący przez wypuszczenie pryszczyków, których brzeg jest ciemniejszym od reszty nasięku. Ograniczenie nasięku staje się zupełnie nieregularném z powodu odnóg, które wszystkie kończą się napęcznieniem. W skutek tego nadano tėj postaci nazwę kliniczną „zapalenia rogówkowego promienistego," (*ramifiée*). Podczas całego ciągu choroby nasięk ogranicza się do powierzchni rogówki, której części przylegające do ramion nasięku pozostają czyste. Nigdy nie przychodzi do unaczynienia (waskularyzacyi) rogówki. Cierpienie to trwa tygodnie i miesiące, a nasięk tylko powolnemu ulega wessaniu. Sprawa owrzodzenia kończy się, pozostawiając obłoczkowatą bliznę, która długo jeszcze świadczy o przebytém cierpieniu. Cierpienie to, które przypomina pełzający wrzód rogówki, jest tém dla powierzchni tėj błony oka, czém wrzód pełzający dla głębszych jėj warstw. Nigdy nie przechodzi jedno cierpienie w drugie. Niezawodnie chodzi tu o cierpienie grzybkowe z osobnemi pasorzytami. Powodem tego cierpienia nie jest, według Hansena, ani uraz, ani spojówkowe zapalenie, ani choroba przewodu łzowego; 2% saletran srebra miejscowo zastosowany skraca to cierpienie.

I ten odczyt jak i poprzedni nie wywołał żadnėj rozprawy. O głos poprosił jedynie Abadie i to do następujących uwag:

Od dawna uderzyła go ta okoliczność, że począwszy od 30 r. życia powstanie pewnych zapaleń rogówkowych staje się niejasném; ich anatomiczna postać zmienia się, a leczenie nie daje żadnéj pewności. U kilku chorych objawy gośćcowe poprzedzają, u innych zaś stan ogólnego zdrowia jest znakomity. Czasem cierpieniom rogówkowym towarzyszy nastrzyknięcie twardówkowe, podobne do gośćcowego zapalenia twardówki. Po wielu bezskutecznych próbach leczniczych Abadie zastosował w kilku przypadkach z wyśmienitym skutkiem salicylan sodowy, z czego wnosi, że początek owych cierpień polegał stanowczo na gośćcu.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Podhajce. W miesiącu wrześniu wygasła czerwonka w Gniłowodach, gdzie na 38 chorych umarło 4. Krztusiec panował w 5 miejscowościach, gdzie w ogóle zachorowało 260 osób z tych umarło 44. Charakter epidemii nie wszędzie jednaki i tak: w Białokiernicy na 45 chorych zmarło 17 dzieci, w tym samym czasie w Uwsiu na 51 chorych zmarło tylko 4 dzieci, pomimo na pozór znacznie gorszych warunków klimatycznych Uwsia, leżącego niemal na stepowéj równinie, gdzie téż nieustannie szaleją wiatry, a nadto prócz moczarów i wody zaskórnéj nie ma wody bieżącéj ani studzien; Białokiernica zaś leży w kotlinie a raczéj w długim wąwozie bardzo zacisznym, przez który sączy się mały strumyk, prócz tego ma wiele dobrych studzien. Zkąd więc ten rażący stosunek śmiertelności tu i tam?

Dr. Dzikowski.

* **Cholera** ponownie rozszerzyła się w Neapolu, w ogólności atoli nie przekroczyła dotąd granic krajów romańskich i wszędzie, zapewne pod wpływem pory chłodniejszéj, wygasa. Rząd włoski zabiera się energicznie do poprawienia stosunków zdrowotnych Neapolu i zamierza pomiędzy innemi znieść zupełnie trzy najbrudniejsze dzielnice téj stolicy.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 28 września do 4 października umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 24,5. Z płonicy umarło 4 (8 z. t.); z błonicy 0 (2 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z czerwonki 1 (0 z. t.); z róży 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku ospy, 12 odry, 10 płonicy, 2 krztuśca, 1 duru brzusznego, 1 duru osutkowego. W tygodniu od 21—27 września ospa w Londynie przybrała większe rozmiary. Świeżo zapadło 122 (66 z. t.); leczyło się w szpitalach 561 (497 z. t.); umarło 10. W Brukseli, Liverpolu, Odesie, Rzymie, Wenecyi umarło z ospy po 1, w Paryżu, Petersburgu, Lizbonie, Nowym Orleanie po 2, w Pradze 5, w Madrasie 7. Z duru osutkowego umarło w Murcyi 1. W Bombayu umarło z cholery (od 20 do 26 sierpnia) 18, w Kalkucie (od 10—16 sierpnia) 10.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 21—27 września umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 35,6; w Warszawie 31,7; w Poznaniu 30,1; w Wiedniu 20,9; w Pradze 31,5; w Berlinie 26,4; w Gdańsku 22,3; we Wrocławiu 27,8; w Hamburgu 21,9; w Monachowie 26,4; w Dreźnie 25,6; w Lipsku 17,7; w Bazylei 7,0; w Brukseli 27,9; w Amsterdamie 21,8; w Hadze 28,9; w Paryżu 21,4; w Londynie 16,1; w Kopenhadze 27,5; w Stokholmie 27,9; w Chrystyjanii 20,1; w Petersburgu 20,4; w Odesie 27,4; w Rzymie 23,9; w Wenecyi 18,9; w Bukareszcie 25,0; w Madrycie 30,3; w Lizbonie 30,7; w Aleksandryi 40,0; w Nowym Yorku 26,8; w Filadelfii 22,8; w Bombayu 28,8; w Madrasie 36,5.

J. B.

Śmiertelność we Lwowie (liczącym 115.544 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). W tygodniu od 28 września do 4 października r. b. umarło osób 55, co odpowiada na rok i 1,000 m. 24,8. W tym czasie umarło z ospy 5 osób, z płonicy 1, z błonicy 1, z krztuśca 1, i z duru brzusznego 1.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 15 października. Rektor Uniwersytetu Jagiell. prof. Rydel powrócił ze Sejmu i objął urzędowanie. Wykłady na Wydziale lekarskim są już w pełnym toku, pomimo, że restauracyje w gmachu klinicznym jeszcze nie zupełnie są ukończone.

* Otrzymaliśmy list następujący:

Szanowny Panie Redaktorze!

Wzmianka, jaką znalazłem w ostatnim numerze Przegl. Lek. w sprawie 5go numeru dziennika Zjazdu i fotografowanéj grupy uczestników, skłania mnie do przesłania następującego wyjaśnienia: pan Dr. filoz. Kusztelan podjął się trudu rozsyłania ostatniego numeru dziennika Zjazdu; to téż każdy, ktoby dotychczas nie miał był odebrać 5go, t. j. ostatniego numeru dziennika, zechce się wprost zgłosić w téj sprawie do p. Dr. Kusztelana (Górna Wilda pod Poznaniem), podając własny dokładny adres. Zdarzało się bowiem często, jak mnie p. Dr. Kusztelan zapewniał, że urząd pocztowy wysłany dziennik z powodu niedostatecznego adresu zwrócił.

Wykonanie i sprzedaż fotografowanéj grupy uczestników, jest przedsięwzięciem czysto prywatném firmy tutejszéj pp. Rivoli i Spółki, a z czynnościami Wydziału gospodarczego IV. Zjazdu najmniejszego nie miało związku. Komitet gospodarczy zwracał tylko swego czasu uwagę na przedsiębiorstwo to, nastręczające uczestnikom miłą pamiątkę. Dla tego téż Wydział żadnéj nie może przyjąć na siebie odpowiedzialności, ani za ugrupowanie, ani téż za nieregularności w rozsyłce zachodzące. Na zapytanie moje wystosowane do firmy powyższéj, dowiedziałem się, że fotografije przeznaczone dla uczestników Zjazdu mieszkających w państwie rosyjskiém wysłane zostały na dniu 22 września pod adresem aptekarza pana Edwarda Lilpopa w Warszawie (Nowy Świat). *Dr. B. Wicherkiewicz.*

* Z **Kijowa** piszą nam: Pomijając nagrody, które z powodu jubileuszu spłynęły na profesorów, Uniwersytet otrzymał prawdziwy dar cesarski w sankcyi na wydanie 250,000 rs. na budowę nowych, a dawno oczekiwanych, klinik. Potrzeba ich ostatniemi czasy tém więcéj czuć się dawała, że liczba studentów medycyny prawie się potroiła, a kliniki dawne uniwersyteckie są zbyt szczupłe i nieodpowiadające żadnym zdrowotnym warunkom. Co się zaś tyczy szpitala wojskowego, do którego przez tyle lat studenci 5go kursu chodzić muszą, to pomijając te niewygody i trudy, jakie znoszą chodząc co jesień i zimę na ogromną stromą górę, na któréj jest wybudowanym, i oddalenie od miasta, to i sam szpital jest zbudowanym pierwiastkowo na kazamaty i w ten sposób przedstawia się dzisiaj, nie ma nietylko żadnéj wentylacyi, ale ma wszystkie niedogodności, których szpital mieć nie powinien. Równocześnie rząd ogłosił nową ustawę dla uniwersytetów, według któréj rektor odtąd nie będzie wybierany, zaprowadzoną zostaje instytucyja docentów prywatnych, których jednak rektor może usuwać czasowo lub na zawsze; studenci odtąd opłacać będą czesne tyle rubli, ile godzin mają tygodniowo), wpisowe razem z czesnem nie będzie jednak wynosić nad 60 rs., władzę dyscyplinarną nad nimi mieć będzie inspektor.

* **Odznaczenia.** Radca dworu i prof. anatomii opisowéj w Wiedniu Dr. Karol Langer otrzymał szlachectwo austryjackie. — Dr. Ivanchich obchodził temi dniami 50-letni jubileusz doktorski, przy któréjto sposobności kolegijum doktorskie złożyło mu życzenia. — Przeniesiony w stan spoczynku referent spraw lekarskich Styryi Dr. Scherer otrzymał tytuł i charakter radcy dworu. — Prof. Schnitzler otrzymał krzyż komandorski duńskiego orderu Danebroga.

* **Nekrologija.** W Bukareszcie umarł z udaru mózgowego Dr. Teofil Glück, naczelny lekarz szpitala głównego, w 57 roku życia. Urodzony w Krakowie kończył tu studyja chirurgiczne i otrzymał stopień magistra; poźniéj studyja uzupełnił i uzyskał stopień doktora medycyny w Uniw. Jagiell. Udawszy się do Jass odrazu miał powodzenie w praktyce, a jako lekarz przyboczny ks. Cuzy, razem z nim przeniósł się do Bukaresztu. Syn jego niedawno temu otrzymał tytuł profesora chirurgii w Uniw. berlińskim.

W Sárkách umarł Dr. Filip Kodym, lekarz i zasłużony wielce obywatel czeski w 74 roku życia.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

W skutek upoważnienia Wysokiego c. k. Namiestnictwa rozpisuje się niniejszém ponowny Konkurs celem obsadzenia posady asystenta przy lwowskiéj szkole położnych z roczną płacą 400 złr. w. a. Powyższa posada będzie nadaną tylko doktorowi medycyny na przeciąg dwóch lat, po upływie których może być przedłużoną nominacyja na dalsze dwa lata.

W razie uzyskania mieszkania dla asystenta w budynku szpitalnym, będzie tenże obowiązanym takowe zamieszkiwać. Ubiegający się o tę posadę winni wnieść swe podania do podpisanéj Dyrekcyi najdaléj do końca Października rb.

Z Dyrekcyi c. k. szkoły położnych.

Lwów dnia 13 Października 1884.

Dr. Biesiadecki.

L. 332.

KONKURS.

Niniejszém rozpisuje się Konkurs na posadę elewa szkoły operacyjnéj przy c. k. klinice chirurgicznéj w Krakowie począwszy od 1 Października r. szkolnego 1884/85 na lat dwa. Z posadą dotyczącą połączone jest stypendyjum Wys. Wydziału krajowego w kwocie rocznéj 500 złr. w. a. Bliższą wiadomość co się tyczy zobowiązań udziela prof. Dr. Mikulicz.

Podania należy wnieść na ręce Dziekana Wydziału lekarskiego do 24 października 1884.

Kraków d. 10 Października 1884.

Stopczański.

Z zapomogi Kasy pomocy dla osób pracujących na polu naukowém wydane zostały następujące dzieła, których skład główny w księgarni E. Wende i Sp. (Warszawa Krakowskie przedmieście Nr. 9).

T. H. Huxley, Wykład biologii praktycznéj. Przekład A. Wrześniowskiego 1883. Cena rs. 1.

Sprawozdania z piśmiennictwa naukowego polskiego w dziedzinie nauk matematycznych i przyrodniczych. Rok I. Cena rs. 1.

Na rzecz Kasy sprzedaje się:

Boberski W. Powstawanie gór i lądów. Cena 25 kop.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 25 października 1884. № 43. Rok XXIII.

I. Przyczynek do nauki o leczeniu ran.

III. O uproszczeniu opatrunku przeciwgnilnego

Podał prof. Dr. J. Mikulicz
(Dokończenie. Patrz Nr. 42).

W użyciu miałem wyłącznie trociny drzewa sosnowego, które sprowadzane bezpośrednio z pobliskiego tartaku przesiewano przez sito celem oczyszczenia ich od przypadkowych zanieczyszczeń jakotéż większych odłamków drzewa, dalszego jednak przyrządzania przez gotowanie lub ogrzewanie trocin nie przedsiębrano. Worki większe i mniejsze z podwójnéj warstwy zwyczajnego *Calicot* rzadkiego wypełniano trocinami tak wiotko, aby się z łatwością dały przystósować do każdéj części ciała.

Aby ocenić zdolność wsysania worków, robiłem poprzednio próby, porównywając je z odtłuszczoną watą, którą posługiwałem się poprzednio przy opatrywaniu ran. Worki równéj wielkości napełniano równą objętością trocin i miernie ugniecionéj waty. Przy równéj wielkości ciążyły worki z trocinami prawie w dwójnasób tyle, co worki wypełnione watą. Cały szereg tak przygotowanych worków zanurzono częścią w wodzie, częścią we krwi, a gdy już zupełnie się napoiły, poddano je ważeniu, poczém zostały miernie wyciśnięte i powtórnie odważone. Pokazało się, że trociny wessały wody 3—4 razy tyle, ile wynosił ich własny ciężar, a przy miernym ucisku traciły zaledwo $\frac{1}{8}$—$\frac{1}{4}$ pochłoniętéj wody. Krwi chłonęły trociny więcéj, mianowicie 4—5 razy tyle, ile niósł ich ciężar, traciły jednak przy miernym ucisku prawie jednę trzecią część, tak, że zatrzymywały równą ilość wody i krwi, tj. w przybliżeniu trzy razy tyle, ile wynosił własny ich ciężar. Inaczéj rzecz się miała z odtłuszczoną watą. Worki napełnione takową chłonęły blisko 12 razy tyle wody, ile niósł ich ciężar, a jeszcze nieco więcéj krwi, traciły jednak przy miernym ucisku tak wiele, że pozostawała w przybliżeniu zaledwo trzecia część pochłoniętéj cieczy, a przeto wyciśnięte worki z watą nie zatrzymywały więcéj od worków wypełnionych trocinami. Ponieważ wata zawarta w opatrunku uciskowym nie ma zbyt wiele miejsca do pęcznienia, przeto zachowuje się ona tamże bardzo podobnie, jak w co dopiero przytoczoném doświadczeniu.

Doświadczenia powyższe, bez pretensyi do nadzwyczajnéj ścisłości, wystarczają przecież, jak mniemam, do pobieżnéj oceny użyteczności trocin przy opatrywaniu ran. Po należytém wypróbowaniu waty opatrunkowéj nie wątpiłem na chwilę (a nie były mi jeszcze wówczas znane porównawcze próby Neubera, Walchera i innych), że trociny drzewa będą nie mniéj przydatne do opatrunków ran [1]).

Z początkiem stycznia 1883 wprowadziłem w mojéj klinice trociny w skład opatrunków, które przez pół roku zawierały następujące części składowe: bezpośrednio na ranę stósowano kawałek gazy w 4—8 razy złożony i poprzednio desynfekcyjonowany roczynem 5% kwasu karbolowego, daléj następowały worki z trocinami (nie przyrządzane poprzednio), a te przymocowywano potrzebną ilością zwojów miękkiéj a w razie potrzeby i krochmalonéj opaski. Takim wyłącznie opatrunkiem posługiwałem się w klinice przy wszystkich ranach operacyjnych. Pierwsza zmiana opatrunku przypadała w 4—6 dni po operacyi celem usunięcia drenów i jednéj części szwów. Opatrunek następny pozostawał zwykle 6—8 dni, częstokroć dłużéj aż do zupełnego wygojenia rany.

Zbytecznem zdaje mi się podawać tutaj dokładne daty odnoszące się do wyników, jakie osiągnąłem przy pomocy rzeczonego opatrunku. Wystarczy, gdy się odwołam do tablicy statystycznéj wyników leczenia w klinice chirurgicznéj krakowskiéj, jaką zestawiłem, omawiając kwestyję mgły karbolowéj, a w którą wciągnięto również rany leczone za po-

[1]) Wata przyłożona bezpośrednio na ranę może łatwo sprowadzić zastój wydzieliny, która sklupiając się z watą tworzy nieprzepuszczalną powłokę. Szkodliwości téj zapobiega pokrycie bezpośrednie rany kilkuwarstwowym pokładem gazy, jak to właśnie dziać się zwykło przy opatrunku jodoformowym.

mocą opatrunku trocinowego. Przebieg gojenia był nie mniéj pomyślny, niż przy użyciu poprzednio stósowanego opatrunku z waty; wydzielina wsiąkała rychło w worki, które przylegając doskonale do wszystkich części ciała umożliwiały właśnie w ten sposób jednostajny całkiem ucisk. Oczywiście była cała warstwa opatrunku znacznie grubszą, niż przy opatrunku z gazy i waty i nie myślę téż zaprzeczać, że opatrunek trocinowy należy do mniéj wykwintnych i kształtnych. Chorzy jednak nie ponosili przez to żadnéj szkody, gdyż nawet rozległy opatrunek tego rodzaju nie ciąży zbytecznie. Jedynie wrażliwe kobiety uskarżały się czasem i to w pierwszych tylko godzinach na uczucie pewnéj niedogody, sprawionéj przez szorstkie trociny, z czém jednak oswajały się zresztą bardzo prędko. Dla tych względów zatrzymałem w méj praktyce prywatnéj watę odtłuszczoną do opatrywania ran, w którą zaopatruje się dziś niemal każda apteka.

Z umysłu nie napawałem trocin żadnym środkiem przeciwgnilnym przez pół roku, aby się przekonać, czy wystarczającym będzie taki opatrunek, który w najprościejszéj swéj formie prawie wszędzie da się zaimprowizować. Rzecz naturalna, że w przeważnéj liczbie opatrunków po dłuższém leżeniu, zazwyczaj już 4—5 dnia, poczęło rozwijać się gnicie mimo częściowego wysychania wydzieliny, co jednak nie wpływa bynajmniéj na ranę samą, która pokryta jest gazą jodoformową. Usterka ta, rozpoznać się dająca zwykle dopiero przy zmianie opatrunku, cechuje się przenikliwym zapachem serowatym, spostrzeżenie jakie zrobiono również przy użyciu innych materyjałów służących do trwałych opatrunków; czasem zaś wydziela opatrunek jeszcze przed zdjęciem woń nieprzyjemną, która może być przykrą dla chorego samego, lub jego otoczenia. Dla tych zatém powodów, tém więcéj, że pożądaném jest w ogóle usuwać jak najdaléj od każdéj kliniki wszelkie gnijące i rozkładające się istoty, skłoniłem się do napawania trocin jakimś środkiem przeciwgnilnym. Nauczony smutném doświadczeniem, jakiego nabrałem po użyciu sublimatu w przypadku dawniéj opisanym, szukałem środka przeciwgnilnego, któryby sam przez się nieszkodliwy dał się zarazem w prosty i łatwy sposób łączyć z trocinami. Nie mając potrzeby uciekania się do tak silnych środków jak sublimat lub co więcéj kwas karbolowy, gdy nie rozchodziło się o zniszczenie zarodków bakteryj w materyjale, lecz jedynie o powstrzymanie rozwoju takowych, wybrałem po kilkakrotnych próbach dziegieć jako najodpowiedniejszy środek do napawania trocin.

Dziegieć (*Ol. cadinum, Ol. rusci, Ol. fagi*) znanym już był przed epoką antyseptyki jako środek przeciwgnilny w postaci smoły gipsowéj, którą stósowano na wrzody posoczejące i tkanki obumierające. Również oakum (gręplowane liny okrętowe) właśnie dla obfitowania w dziegieć spożytkowano jako materyjał przeciwgnilny. Dziegieć zawdzięcza swą wartość przeciwgnilną szeregowi silnych środków, zawartych w nim obok rozmaitych żywic, jako to kreozot, kwas karbolowy, wyskok drzewny, i olejek terpentynowy, a i tym dwom ostatnim przyznaje Koch również własności zabójcze dla bakteryj. Mamy więc przed sobą mięszaninę środków przeciwgnilnych będących w związku rodzimym z żywicami, o co, jak wiadomo, starał się w sposób sztuczny Lister przy sporządzaniu gazy karbolowéj, aby lotny kwas karbolowy w niéj utrwalić. Smoła drzewna sama przez się nie jest bynajmniéj środkiem przeciwgnilnym w ścisłém znaczeniu tego słowa; jak wykazują bowiem doświadczenia Kocha nie zdoła nawet po 20 dniach działania zagładzić prątków wąglika. Dziegieć jednak posiada niewątpliwie własność powstrzymywania gnicia, czego dowodzą nie tylko moje doświadczenia, lecz także zastósowanie jéj w celach konserwowania lin i drzewa Napawając trociny zrazu 10% późniéj 30% dziegcia przekonałem się, że rozkład wydzieliny w 10% trocinach nie całkiem był powstrzymany, podczas gdy opatrunki zawierające 30% dziegcia pozostawały zawsze bezwonne, nawet po bardzo długiém leżeniu. Samo napawanie jako takie odbywa się w sposób nader prosty; trociny wypełniające w połowie czyste jakieś naczynie polewa się odmierzoną ilością dziegcia i z pomocą łyżki drewnianéj mięsza się tak długo, póki nie przybierą barwy jednostajnie brunatnéj, na co potrzeba do napojenia jednego kilo trocin w przybliżeniu 10 minut czasu. Dodatek dziegcia w ilości 30% ciężaru trocin jest względnie mały, jeśli się zważy wielką różnicę między ciężarem gatunkowym obu tych istot Zaznaczyć tu jeszcze muszę, że zdolność wsysania trocin po napojeniu ich dziegciem zmniejsza się o tyle, ile wynosi przybrana ilość dziegciu, że przeto z tego względu napawane trociny nadają się nie mniéj dobrze do opatrunków, niż wolne od wszelkiego napojenia. Podobnież nasycano 30% dziegciu muślin przeznaczony do robienia worków (posługiwałem się do tego gazą odtłuszczoną), a to po prostu przez polewanie i wycieranie gazy, dopóki nie przyjęła barwy jednostajnie brunatnéj.

W ten sposób przygotowane worki, które zyskały jeszcze przez dodanie dziegcia na miękkości i podatności, stósowałem wyłącznie przeszło przez pół roku. Na podstawie téj obserwacyi mogę oświadczyć, że odpowiadają one najzupełniéj wymogom dobrego materyjału opatrunkowego pod każdym względem. Zawsze dobrze przez chorych znoszone w wyjątkowych tylko razach sprowadziły worki dziegciowe lekkie zaczerwienienie skóry bezpośrednio pod niemi leżącéj, nigdy jednak nie zauważono prawdziwego *Erythema* lub *Eczema* po ich użyciu. Woń dziegcia nie wzbudzi pewno skargi u lekarza nie zwykłego do kwasu karbolowego, jodoformu i innych chirurgicznych zapachów; owszem chorzy chwalili sobie zapach skóry juchtowéj, przytłumiający przenikliwą woń jodoformu.

Wynik doświadczeń moich usprawiedliwia twierdzenie, że trociny drzewa sosnowego nadają się wybornie do opatrunków ran, a chociaż nie mam własnego doświadczenia co do użyteczności wełny drzewnéj, przychylić się muszę do zdania Rönnberga, który wyraził się, że nie widzi właściwie słusznego powodu do oddania pierwszeństwa nad trocinami temu sztucznemu a drogiemu produktowi. Trociny bez dodatku środka przeciwgnilnego przydatne do opatrunku wszędzie mogą odegrać rolę składnika dobrego opatrunku improwizowanego, do napojenia ich dadzą się z pewnością oprócz dziegcia użyć łatwo inne środki przeciwgnilne, w okolicach jednak, gdzie dziegieć nie trudny jest do nabycia, oddałbym jemu pierwszeństwo.

Opatrunek z trocin drzewnych szczególniéj doniosłe ma, zdaniem mojém, znaczenie dla chirurgii wojennéj. W okolicach lesistych zwłaszcza, tam gdzie nie brak tartaków, zbytecznemi stają się wszelkie inne kosztowne materyjały opatrunkowe, lecz i indziéj, dokąd tylko dotarła kultura ludzka, łacno odnaleźć drzewo, a z niém jego odpadki.

W ostatnich czasach lubo zupełnie rad z trocin popróbowałem mchu torfowego do opatrywania ran. Znakomity i znany chirurg magdeburgski Dr. Hagedorn był tyle ła-

skaw z własnéj inicyjatywy przysłać mi ilość mchu, która mi wystarczyła do założenia znaczniejszéj liczby opatrunków. Próby przedsięwzięte zadowoliły mnie tak dalece, że się wkrótce skłoniłem do zastąpienia trocin drzewnych mchem torfowym. Zbytecznèm zdaje mi się podnosić tutaj cenne zalety mchu torfowego, jako składnika opatrunku, które twórca tego opatrunku Leisrink (L. c. i *Berl. klin. Woch.*, 1882, Nr. 39) niemniéj i Hagedorn dostatecznie wysławili. Pozwolę więc sobie jedynie potwierdzić raz jeszcze to wszystko, co na jego korzyść przemawia. Nieoceniona lekkość materyjału, wielka zdolność wsysania, miękkość i elastyczność składają się w nim na materyjał opatrunkowy *par excellence* a lepszego trudno zaiste znaleźć w przyrodzie. Wydzielina wysecha w mchu tak raźno, że dodatek środka przeciwgnilnego jeśli gdzie, to właśnie tutaj jest zbyteczny i dla tego na razie zaniechałem wszelkiego napawania mchu jakimś środkiem przeciwgnilnym. Bez poprzedniego przyrządzenia świeży, wysuszony mech (*sphagnum*), wolny jedynie od grubszych zanieczyszczeń, ładuję w worki muślinowe rozmaitéj wielkości i stosuję na ranę pokrytą gazą jodoformową. Przez działanie dłuższe wyższéj ciepłoty (jakto próbowano w celu dezinfekcyi) zmniejsza się znacznie zdolność wsysania mchu i z tego powodu ogrzewanie jest nietylko zbytecznèm, ale wprost szkodliwèm. Płyt tłoczonych z mchu torfowego (*Torfmoosfilzplatten*), zalecanych przez Leisrinka na ostatnim kongresie chirurgów, nie miałem dotąd w użyciu, lecz trzeba przyznać, że trudno wymarzyć sobie lepszy opatrunek dla pewnych okolic, np. pachy, szyi lub międzykrocza, jak przy pomocy opatrunku, składającego się z takich miękkich poduszeczek.

Do posługiwania się mchem torfowym raczéj jak trocinami skłoniła mnie ta okoliczność, że takowy w Krakowie jeszcze taniéj mi przychodzi niż trociny. Parę mil za Krakowem napotyka się go w znacznéj obfitości; jest on tam bez wartości, tak że ponoszę tylko koszta transportu. Wyznać muszę, że jak dzisiaj oddaję pierwszeństwo z pośród wszystkich znanych mi materyjałów opatrunkowych, opatrunkowi z mchu torfowego, nie zaprzeczając przytèm bynajmniéj wypróbowanéj dobroci innych materyjałów opatrunkowych, nie obniżając przez to bynajmniéj wartości opisanych poprzód trocin drzewa. Zarówno dobrze spełnia cel swój wiele materyjałów opatrunkowych, a jest ich dzisiaj taka mnogość, że każdy według upodobania może wybierać. Punkt ciężkości jednak leży nie w tèm, czèm opatrujemy, lecz w samym sposobie opatrywania.

Dodatkowo pragnę jeszcze podać kilka wiadomości, których zaczerpnąłem z dalszego biegu doświadczeń, podjętych przez prof. Łazarskiego, a dotyczącyeh ulatniania się sublimatu z materyjałów opatrunkowych nim napojonych. Jak już poprzednio nadmieniłem, znika po 51 dniach prawie $^1/_8$ część sublimatu z kawałków gazy, pozostawionéj wolno na powietrzu, podczas gdy gaza przechowana w pudełku kartonowèm, szczelnie przymkniętèm, traci w tym samym czasie około $^1/_6$ pierwotnéj zawartości sublimatu. W 3 miesiące późniéj, a więc 20 tygodni po napojeniu, uroniły kawałki gazy nieprzechowanéj w zamknięciu $^1/_2$ do $^2/_3$, gaza zaś szczelnie zamknięta prawie $^1/_4$ z pierwotnéj ilości sublimatu. Utrata rzeczona okaże się tèm wyższą, jeśli zważymy, że zawartość sublimatu w gazie była bardzo znaczną, gdyż jedna część gazy wolno trzymanéj na powietrzu mieściła pierwotnie 1·8%, część druga zaś téjże gazy 7·14% sublimatu. Po 20 tygodniach zawierała pierwsza gaza tylko 0·57% sublimatu, uroniła przeto 1·23% w drugiéj gazie zmniejszył się procent sublimatu o 3·44%. Gaza zachowana w zamknięciu a zawierająca pierwiastkowo również 7·14% sublimatu poniosła w 20 tygodniach utratę 1·49%. Z liczb powyższych można wnosić z wszelkièm prawdopodobieństwem, że gaza mieszcząca w sobie $^1/_2$% lub tylko $^1/_4$% sublimatu, (co odpowiada opatrunkom w praktyce używanym) straci w przeciągu kilku miesięcy całą jego ilość, albo zatrzyma tylko ślad tegoż. Wynik doświadczeń Łazarskiego brzmi przeto zgodnie z podaniem Kratschmera i Fillenbauma, iż w gazie przyrządzonéj w sposób Bergmanna i przechowanéj w puszce blaszanéj dały się wykazać po 3ch miesiącach zaledwo jeszcze ślady sublimatu.

II. Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych prof. Rosnera.

Sprawozdanie naukowe z ruchu chorych w téjże klinice w ciągu roku szkolnego 1883 i 1884.

Podał Dr. Leon Kopff
asystent kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 43).

Leczenie w innych przypadkach wyprysku stósowaliśmy według rodzaju, przyczyny i rozległości choroby. W przypadkach wyprysku ostrego pęcherzykowego lub krostkowego najczęściéj ograniczaliśmy leczenie do okładów z *Aq. saturnina* lub 1% roztworu *Acetatis Plumbi* i posypywanie pudrem, złożonym z *Amylum triticum, Plv. talci veneti et zinci oxydati*, lub téż *Plv. plumosi c. zinco oxydato et acido salicylico*. W razie jednak, gdy swiąd nie dawał choremu ani chwili spokoju, a wyprysk długo trwał, parorazowe zapędzlowanie *cum Tinctura rusci aetherea* usuwało nieznośne swędzenie. W przypadkach *Eczema impetiginosum* używaliśmy szczególniéj na twarzy i w ogóle na miejscach delikatną skórą pokrytych, maści zynkowéj z bismutem (*Zinci oxydati* 2,00, *Bismuti subnitrici āā* 4.00, *Ung. emollientis* 16.00). Maść ta zwykle w ciągu kilku dni zupełnie usuwała strupy i naciek. W przypadkach wyprysku przyostrego i przewlekłego staraliśmy się zmywaniami mydłem zielonèm (na miejscach grubszą skórą pokrytych), i za pomocą dwa razy dziennie zmienianéj maści Hebry (*Rp. Emplastri diachyl. simplic. Olei olivarum āā part. aequal.*, lub według Kaposiego *Rp. Emplastri diachyl. simplicis, Vaselini āā* 100.00, *Olei bergamott.* 1·50) rozmiękczyć skórę, a następnie po ustąpieniu sączenia przechodziliśmy do dziegciu stósując go najprzód na wpół z oliwą lub tranem, następnie używając silniejszéj nalewki dziegciowéj z wyskokiem i eterem, potèm dziegieć na pół z wyskokiem, w końcu czystego dziegciu. Leczenie to zwykle dawało nam wyniki najlepsze i najszybsze.

W jedynastu przypadkach wyprysku chronicznego używaliśmy polecanéj przez Picka gelatyny salicylowéj (*Rp. Gelatini albi, Aq. destillatae āā* 100.00, *solve leni calore dein adde Acidi salicylici* 5.00—10.00, *misce exactiss.*). Sposób ten leczenia wcale nas nie zadowolił. Najprzód jest on, w porównaniu ze sposobem poprzednim, znacznie droższy, powtóre wymaga o wiele więcéj zachodu, choremu zaś sprawia wiele przykrości. Jeżeli naprzykład wyprysk znajdzie się na odnogach, to po zaschnięciu gelatyny, chory nie może poruszać odnogi w stawach, choćbyśmy nawet użyli dla rozmiękczenia gelatyny gliceryny lub wazeliny. Przytèm gelatyna

łatwo pęka i często sprowadza i pęknięcia dość głębokie naciekłéj skóry. Wynik zaś leczniczy wcale nie mógł iść w porównanie z wynikiem, jaki otrzymywano przy użyciu dziegciu.

Również porzuciliśmy w wypryskach użycie przylepca salicylowego, polecanego przez Picka, zamiast maści Hebry (*Rp. Emplastri saponati* 100.00 *solve leni calove, dein adde Acidi salicylici* 4.00—10 00, *Misce exact. Da in charta cerata*). Plastru tego używaliśmy zaś w przypadkach powierzchownych owrzodzeń, które chcieliśmy osłonić od wpływów atmosferycznych i szkodliwości zewnętrznych. W tych przypadkach oddawał on nam wyśmienite usługi.

3. *Acne rosacea*. Choroby téj leczono w ubiegłym roku dwa przypadki, obydwa u kobiet. W obydwu przypadkach trądzik obrał sobie za siedlisko nos, i dla tego był przyczyną przybycia obydwóch niewiast do kliniki stałéj. Jaka była przyczyna téj choroby, w naszych przypadkach trudno nam podać.

W leczeniu używaliśmy pasty siarkowéj (*Rp. Lactis sulfuris, Glycerini, Spirit. saponat. Kali carbonici āā* 10.00). Osad z tego leku nakładało się pędzelkiem dwa razy na nos chory. Skoro zeszły guzki i krostki, jakoteż zaczął powstawać wyprysk, przechodziliśmy do maści zynkowo-ołowianéj (*Rp. Zinci oxydati* 2.00, *Ung. cerussae* 16.00). Pacyjentki obydwie opuściły zakład wyleczone i jak dotąd z nawrotem choroby nie powróciły.

4. *Psoriasis*. W ciągu ostatnich dwóch lat leczono na łuszczycę 12 mężczyzn i 10 kobiet, razem 22 chorych. Rozkład zatém co do płci był zupełnie jednakowym, jeżeli uwzględnimy, że w ogóle kobiet na choroby skórne mniéj leczono. Najczęściéj przychodziły do leczenia przypadki w wieku między 30 a 50 lat. Chociaż i po za temi granicami stosunkowo nierzadką była łuszczyca.

Najmłodsza z naszych chorych była dziewczynka (*cum psoriasi puncta'a extremitatum sup. et inf.*) 12-letnia, najstarszym zaś mężczyzna 72 letni, u którego łuszczyca trwać miała od 18 lat, była rozlaną po całém ciele, i skutkiem złuszczenia przyskórka na całéj przestrzeni miała pozór łupieży czerwonéj (*Pithyriasis rubra*). W przypadku tym skóra była cienką, ciemno zabarwioną, szklącą, łatwo rozpadającą się, i tworzącą owrzodzenia, szczególniéj w miejscach o ściślejszym związku między skórą a kością.

Pod względem przyczyny wywiady do żadnego wniosku nie doprowadzały. Wypytywania się chorych, czy ktoś z rodziców lub bliższéj rodziny nie cierpi na tę samą chorobę, wykazały tylko w jednym przypadku, u kobiety 24-letniéj, że matka cierpiała również na tę chorobę. W dwóch przypadkach mieliśmy sposobność widzieć dzieci dwóch kobiet (izraelitek) u nas leczonych, ale dzieci te, co prawda jeszcze bardzo małe, nie okazywały żadnych śladów rozpoczynającéj się łuszczycy.

Wszyscy pacyjenci nasi byli zupełnie zdrowi na ciele, dobrze zbudowani, silni, nie okazywali w narządach wewnętrznych zmian żadnych. Wyjątek stanowił wyżéj już wspomniany, starzec 72-letni, niemiec, kelner, u którego trawienie było osłabione, a w czasie pobytu w klinice rozwinęło się zapalenie stawu skokowego lewego.

Czas leczenia wynosił w powyższych 22 przypadkach średnio 40.3 dnia. Leczenie nie ograniczało się tylko do zewnętrznego stósowania leków różnych, ale także podawano wewnętrznie arsen. Lek ten, którego skuteczność w téj chorobie zaprzeczoną być nie może, podawano w postaci *Sol. arsenicalis Fowleri*. Zazwyczaj rozpoczynano od sześciu kropli na dzień i dochodzono, zwiększając po jednéj kropli codziennie, do piętnastu. Od piętnastu zwiększano dawkę co drugi dzień o jednę kroplę, a chory dzielił sobie całą ilość na dwie części, z których jednę zażywał przed obiadem, a drugą przed wieczerzą. Tym sposobem dochodziliśmy u kobiet do 30, u mężczyzn do 35 i 40 kropli na dzień (tj. do 0.035 kwasu arsenawego dziennie w dwóch dawkach). Chorzy znosili ilość tę arsenu znakomicie, i nigdy, nawet po dłuższém używaniu, nie występowały objawy zatrucia. Począwszy od 40 kropli zmniejszaliśmy znów dawkę o jednę kroplę dziennie. Jako *corrigens* dawaliśmy albo wodę miętową lub najczęściéj *Tra. amara*, lub *Tra. ferri pomati*.

Kwas chrysofanowy stósowaliśmy wpostaci maści (*Rp. Chrysorabini* 5.00 *Ung. emollientis* 50.00), lub z gelatyną, podobnie jak to opisano przy leczeniu wyprysku kwasem salicylowym (*Rp. Gelatinae albae Aq. destillatae āā* 50.00, *Acidi chrysorabini* 6.00, *solv. leni calore, misce exactissime*) lub wreszcie w rozczynie traumatycyny (rozczyn gutaperki i chrysorabiny w chloroformie). Co do maści chrysorabinowéj, to wynik leczniczy był zupełnie zadowalającym. Nacieki łuszczycowe ze skóry szybko ustępowały, pozostawiając na czas dłuższy, szczególniéj na miejscach delikatniejszą skórą okrytych, plamy fijoletowe. Leczenie jednak to ma i strony bardzo ujemne. Do tych należy drogość przetworu, daléj już wspomniane fijoletowe, długo się utrzymujące zabarwienie skóry, które chorych bardzo szpeci, po trzecie drażniące w wysokim stopniu działanie chryzorabiny na skórę i błony śluzowe, wreszcie niszczenie bielizny, z któréj plam chryzorabiną wywołanych już więcéj praniem usunąć nie można. Często nam się też wydarzało, że chorzy przez nieostrożność lub we śnie, przetarłszy oczy palcami maścią powalanemi, wywoływali mocne zapalenie spojówek. Na skórze zaś twarzy, głowie i częściach rodnych już parorazowe natarcie maścią chryzorabinową sprawiało silne zapalenie i obrzmienie. Z tych więc powodów zaniechaliśmy obecnie maści chryzorabinowéj, powracając do dawnéj metody, również skuteczněj, choć nieco wolniéj działającéj, tj. do użycia dziegciu. Maść chryzorabinową stósować najlepiéj w ten sposób, że w miejsca zmianą łuszczycową dotknięte, wciera się ją pędzlem szczecinowym. Kąpieli należy w ogóle w czasie leczenia tego jak najmniéj używać.

O wiele gorsze wyniki lecznicze mieliśmy po użyciu gelatyny chryzorabinowéj. Gelatyna ta skutkowała o wiele gorzéj i wolniéj, a ze stósowaniem jéj jest znacznie więcéj zachodu, niż z maścią. Przytém gelatyna chryzorabinowa jest jeszcze droższą niż maść.

Chryzorabina w rozczynie traumatycyny (*Rp. Chrysorabini* 10.00, *Traumaticini* 100.00) działa podobnie jak maść chryzorabinowa, nieco jednak wolniéj. Zaletą téj metody jest, że chryzorabina działa mniéj drażniąco na skórę, trzyma się jéj dłużéj niż w postaci maści, bielizny nie wala i nie tak łatwo dostaje się do oczu. Za to cena wysoka tego środka [1]) nie wyrównywa jego zaletom, szczególniéj w praktyce szpitalnéj i praktyce ubogich.

Również dobrze jak chrysorabina działała energicznie używana maść pyrogalusowa (*Rp. Acidi pyrogallici* 6—12.00 *Ung. simplicis* 100.00). Maść ta jednak na większe przestrzenie stósowana łatwo wywoływała zatrucia. Podobnie jak maści używano z dobrym wynikiem nalewki wyskoko-

[1]) Dawka chryzorabiny z traumatycyną według powyżéj podanéj formy kosztuje 7 fl. 80 kr.

wéj kwasu pyrogalusowego szczególniéj w przypadkach *psoriasis punctata*. Mniéj świetne lecznicze wyniki mieliśmy i tutaj z użycia gelatyny pyrogalusowéj. (C. d. n.)

III. Z kliniki okulistycznéj prof. Dra Rydla.

Spostrzeżenia kliniczne nad zaćmą i jéj operacyją poczynione od Igo stycznia 1878 po koniec 1882 roku.

Podał Dr. E. Machek,
docent w Uniw. Jagiell. i b. asystent kliniki okul.
(Dokończenie. Patrz Nr. 42).

3. Zaćm powikłanych z innemi cierpieniami oka, częścią takich, które w następstwie innych cierpień powstały (*cataracta consecutiva*, najczęściéj skutkiem przewlekłych spraw zapalnych jagodówki), częścią zaćm samorodnych, które się wytworzyły w oczach dotkniętych inną ciężką chorobą, która sama przez się wzrok upośledza lub wzroku pozbawia (*cataracta complicata sed non consecutiva* np. powikłana z zanikiem nerwu wzrokowego, z ostrą jaskrą), operowano 43. Cierpienie wikłające zaćmę było:

Zapalenie jaglicowe spojówek	w 2 oczach,
Blizny rogówkowe, zaćmienia miąższowe po zapaleniu rogówki (*Keratitis parenchym. diffusa)* i wydęcie twardówki	w 2 oczach,
Zmiany pozostałe po zapaleniu tęczówki	w 6 oczach,
Przewlekłe zapalenie tęczówki i naczyniówki	w 15 oczach,
„ „ „ i ciałka rzęskowego	w 3 oczach,
„ „ zanikowe naczyniówki	w 6 oczach,
Zanik nerwu wzrokowego	w 1 oku,
Barwikowe zapalenie siatkówki (zwyrodnienie)	w 1 oku,
Jaskra	w 3 oczach,
Niezwykle głębokie położenie oczu w oczodole u nałogowéj pijaczki	w 2 oczach,
Zaćma warstwowa operowana sposobem Graefego	w 2 oczach.

W dwóch przypadkach byliśmy zmuszeni operować zaćmę w oczach, w których były jeszcze ślady zapalenia jaglicowego. W jednym przypadku osiągnęliśmy $V^6/_{36}$, w drugim $V^1/_8$. W 2 przypadkach, w których wykonano operacyję pomimo blizn i grubych zaćmień rogówkowych odzyskano $V = {}^6/_{60}$ i ${}^4/_{60}$.

Z 32 oczu dotkniętych zaćmą już to następową w skutek przewlekłego zapalenia tęczówki, ciałka rzęskowego i naczyniówki, już téż samorodną ale powikłaną z chorobami jagodówki, tylko 20 pozwalało rokować dość pomyślnie, co do 10 zaś była już z góry wątpliwą nadzieja przywrócenia wzroku. Wykonano jednakże i w tych przypadkach operacyję, gdyż odzyskanie, chociażby bardzo pośledniego wzroku, byłoby dla tych nieszczęśliwych, na oba oczy ciemnych zawsze jeszcze wielkiém dobrodziejstwem. Przyczyną takiego rokowania były ciężkie zmiany chorobowe, a w niektórych oczach nawet oznaki rozpoczynającego się zaniku, tudzież znaczne zmniejszenie wrażliwości siatkówki i zdolności lokalizowania. W celu poprawienia stosunków krążenia i odżywienia wykonano poprzednio w 11 z tych ócz jedno- lub nawet dwukrotną iridektomiję. Sposobem Graefego operowano 25 ócz i osiągnięto u 24 dość pomyślny wynik techniczny, w jednym zaś sprawa zakończyła się zanikiem gałki ocznéj i utratą poczucia światła. Z tych 24 odzyskało wzrok 18 a mianowicie:

1 oko	$V^6/_{12}$,
2 oczu	$V_{9/18}$,
4 „	$V^6/_{36}$,
4 „	$V^6/_{60}$,
3 „	$V^3/_{60}$—${}^5/_{60}$,
4 „	$V^1/_{60}$—${}^2/_{60}$.

Z reszty 6 ócz odzyskało 2 $V^{0.30}/_{60}$, a w czterech ocalało poczucie światła, téj zdolności nie utraciło więc żadne. W dwóch oczach operowanych sposobem płatowym Wenzla ocalało tylko $V^1/_8$. W 3ch nareszcie oczach wykonano dawniejszą linijową operacyję zaćmy; w dwóch z nich, mianowicie u dziecka z bardzo pomyślnym skutkiem, w jednym u starszego chłopca przywrócono $V^2/_{60}$. W oku tém wykonano poprzednio trzy irydektomije.

U choréj z zaćmą czarną (*Cataracta nigra)*, dobrém poczuciem światła i dokładną lokalizacyją, pozostała operacyja Graefego bez skutku co do wzroku, pomimo, iż przywróciła tak dokładne warunki optyczne, że za pomocą wziernika rozpoznać można było najdrobniejsze szczegóły przebiegu naczyń i dna oka, które było prawidłowe; tak więc badanie wziernikowe nie wykazało zmian w oku, któreby uważać można za przyczynę téj rzadkiéj postaci zaćmy. W jednym przypadku z prawidłowém poczuciem światła ale ścieśnionėm zewsząd polem widzenia pozostała operacyja Graefego bez skutku co do wzroku. Wynik techniczny operacyi był bardzo pomyślny. Badanie wziernikowe wykazało, że przyczyną niedowidzenia i ścieśnienia pola widzenia było zwyrodnienie barwikowe siatkówki.

Z pomyślnym wreszcie skutkiem wydobyto zaćmę u trzech chorych z oczu dotkniętych jaskrą. We wszystkich trzech przypadkach wykonano irydektomiję, po któréj w jednym z tych przypadków wystąpiła dnia następnego ostra jaskra na oku drugiém, dotąd jeszcze zdrowém. Przypady ostre po zapuszczeniu ezerynu ustąpiły. W tych trzech przypadkach zaćmy powikłanéj z jaskrą przywrócono $V = {}^6/_{60}$, ${}^5/_{60}$ i ${}^7/_{60}$. Przebieg gojenia w niczém się nie różnił od przebiegu spostrzeganego w przypadkach zaćmy niepowikłanéj.

4. Zaćmę cukrzycową operowano u mężczyzny sposobem Graefego na jedném oku i osiągnięto $S^6/_{36}$. Spostrzegano zaś wszystkiego w czasie, z którego sprawę zdajemy, pięć przypadków zaćmy cukrzycowéj.

5. Zaćm miękkich samorodnych operowano 12, a mianowicie u 3ch chłopców i trzech dziewcząt, we wszystkich przypadkach na obu oczach. Operacyję wykonano częścią za pomocą przecięcia torebki (*discissio)*, częścią dawnym sposobem linijowym (*Extr. lin. simpl.*). W jednym tylko przypadku u dziewczyny wydobyto soczewkę za pomocą obwodowéj operacyi Graefego, wykonanéj z nieco mniejszém cięciem rogówkowo-twardówkowém. U dwóch dziewcząt (lat 16 i 9) była zaćma wrodzona, u reszty chorych nabyta. U dziewczyny, u któréj wykonano operacyję Graefego, przywrócono na obu oczach $V^6/_9$. Z dzieci operowanych płci męskiéj, miało jedno 3 lata, a z tamtych jedno 9, drugie 6 miesięcy. W tych przypadkach badanie wziernikowe, dokonane po operacyi, i grubsze próby dowodziły pomyślnego skutku operacyi; z powodu jednakże wieku nie można było bystrości wzroku dokładnie oznaczyć.

6. Zaćma warstwowa. Takich zaćm operowano sześć, u 2 mężczyzn i jednéj kobiety, a prócz tego także u jednego mężczyzny, u którego wykonano operacyję już w roku 1883, z którego to powodu nie jest objęty tém sprawozdaniem. Jeden chory pochodził z Krakowa, dwóch z Ga

licyi, a jeden z Węgier północnych. U mężczyzny lat 65, który rozpoznawał tylko ruchy ręki, po obustronnéj irydektomii przywrócono $^{2}/_{60}$; późniéj tenże sam chory dostał całkowitéj zaćmy. W odległości nigdy dobrze nie widział; czy dzieckiem cierpiał na konwulsyje, powiedzieć nie umiał. Mężczyzna 19-letni, który będąc dzieckiem cierpiał często na drgawki, liczył tylko palce na 2 i 5 metrów. Po wykonanéj na obu oczach irydektomii odzyskał przy pomocy odpowiednich szkieł $V = {}^{6}/_{60}$ i $^{6}/_{24}$. Inny, mający lat 28, rodem z komitatu Szarosz, pochodzenia słowiańskiego, utracił wcześnie matkę i nie wie, czy dzieckiem będąc chorował. Liczył palce na 1 metr, po irydektomii zaś palce każdém okiem z osobna w odległości 5 metrów. W jednym wreszcie przypadku wydobyto z obu oczu zaćmę warstwową za pomocą operacyi obwodowéj linijowéj, a to z tego powodu, że warstwy obwodowe, dawniéj, jak tego wywiady dowodziły, przeźroczyste, zaciemniły się, chociaż nie w tym stopniu, żeby całkiem światła nie przepuszczały. Granicę pomiędzy świeżo zaćmioną korą a dawniéj już zaćmionemi warstwami soczewek, można było widzieć wyraźnie przy oświetleniu ogniskowém. Wywiady zgadzały się z rozpoznaniem; bystrość wzroku była dawniéj taka, jaką napotykamy w przypadkach zaćmy warstwowéj, późniéj zaś powstało dalsze upośledzenie, skutkiem zaćmienia dotąd jeszcze przeźroczystych powierzchownych części kory. Gdy wobec tych warunków po irydektomii nie można się było spodziewać poprawy bystrości wzroku, wykonano więc operacyję Graefego na obu oczach. Pozostałe cząstki uległy wessaniu. Chora wystąpiła 35 dnia z kliniki licząc od dnia wstąpienia, odzyskawszy, pomimo dość grubéj pajęczynowatéj zaćmy wtórorzędnéj, $V = {}^{6}/_{36}$ i $^{6}/_{24}$. z czego była bardzo uradowaną, gdyż jak sądziła, nigdy dotąd tak dobrze nie widziała.

7. W dwóch przypadkach operowano zaćmę samorodną niepowikłaną sposobem płatowym Beera, aby dać uczniom sposobność widzenia téj operacyi i spostrzegania przebiegu pooperacyjnego. W obu przypadkach odzyskano $S^{6}/_{36}$.

Kończąc sprawozdanie z kliniki okulistycznéj Uniwertetu Jagiell. czuję obowiązek złożenia podziękowania prof. Drowi Rydlowi za rady naukowe, któremi mnie popierał przez cały szereg lat, w których mogłem korzystać z jego rozległéj nauki i chętnie mi udzielanych znakomitych spostrzeżeń i doświadczeń.

IV. Oceny i sprawozdania.

Rosenbach: **O mikroorganizmach wykrytych wśród przebiegu chorób zakaźnych i przyrannych.**

(Według wykładu mianego na 57 Zjeździe niemieckich lekarzy i przyrodników w Magdeburgu).

Autor, który pracuje wraz z Kochem nad bakteryjologiją, obrał inne gałęzie téj nowéj nauki za przedmiot swoich dociekań. Organizm ludzki ulega zakażeniu albo drogą przewodu powietrznego i pokarmowego, albo też powierzchnia ciała zranionego staje się furtą dla przyrzutu. Drogą tą dostają się przyrzuty innego rodzaju, a najmniejsza ranka, powstała np. po ukłuciu szpilką, jest już dostateczną do sprowadzenia zakażenia, jak o tém świadczą przypadki t. zw. zakażenia krwi, o których słychać od czasu do czasu. Już w pismach Hipokratesa napotyka się wzmianki o tych chorobach, które mając odrębne cechy stanowiły tak, jak i choroby zakaźne, od dawna ów szkopuł, o który rozbijały się usiłowania nawet najzręczniejszych chirurgów i siały w obozach zniszczenie nie mniéj doniosłego znaczenia jak potyczki na polach bitew.

Dawniejsi lekarze domyślali się, że w tych przypadkach dostają się do organizmu szkodliwości z zewnątrz, domysły ich potwierdziły nowsze badania w zupełności a ścisłemi stały się te badania odkąd Koch, opierając się na zdaniu Cohna, że wśród mikroorganizmów zachodzą tak samo różnice, jak je widzimy w świecie zwierzęcym i roślinnym pomiędzy osobnikami różnych rodzajów, uzyskał sposoby odróżniania rodzajów mikroorganizmów, chociażby osobniki nie różniły się od siebie pod względem kształtu. Zasługą Kocha jest, że organizmy te, jakkolwiek tylko za pomocą mikroskopu spostrzegalne, można nawet golém okiem od siebie odróżnić, mając przed sobą hodowle ich na różnych pożywkach. Mikroorganizmy bowiem zasiane na żelatynie, ziemniakach gotowanych itp. rozwijają się w ten sposób, że hodowla nabiera odmiennego wejrzenia w miarę jak różnią się osobniki zasiane. Przykład najlepiéj rzecz tę objaśni. Badając pod mikroskopem mleko, które okazuje barwę niebieską, jak się to czasem zdarza, widzi się roje najrozmaitszych mikroorganizmów. Umieszczając nader małą odrobinę takiego mleka na żelatynie, spostrzega się po upływie kilku dni, że na powierzchni rozwija się kilka wysepek. Jedna z nich jest podobna do pleśni, inna ma wejrzenie porcelany, trzecia jest zabarwiona czerwonawo, inna wreszcie niebieskawo; są to wszystko hodowle czyste (*Reinkulturen*), z nich można kolejno jedne lub drugie poddawać badaniu drobnowidowemu lub przenosić na inną żelatynę, aby rodzaje odosobnić. Tym sposobem udało się Kochowi odosobnić prątek cholery i taż sama metoda posłużyła Rosenbachowi do odosobnienia prątków chorób przyrannych. Przez przeciąg trzech lat badał R. w tym kierunku wszystkie choroby przyranne, z któremi się spotykał, a rezultaty tych badań ogłasza w niniejszym wykładzie. Że doświadczenia jego nie są pod każdym względem wyczerpującemi, domyślać się można z obszerności zadania, którego się podjął, ogłasza jednak swoje rezultaty, gdyż one są ważnemi do zoryjentowania się w przedmiocie, a ktokolwiek będzie miał zabrać się do pracy w tym kierunku, nie będzie mógł pominąć pracy R. Wśród ropienia i tworzenia się ropni odkrył R. cztery rozmaite rodzaje koków, znacznie różniące się pomiędzy sobą. Najczęściéj napotykał koki w postaci kłębów obłoczkowatych, gronkowatych i podobnych do rybiéj ikry. R. nazywa je, zgodnie z nazwami przyjętemi przez Ogstona, *Staphylococcus pyogenes.* Wśród téj grupy odróżnia on dwa rodzaje: jeden z nich tworzy na pożywkach stałych złocisto żółte, drugi białe kępki, według tego też nazywa je *St. p. aureus* i *albus*. W ropniach bez cechy złośliwéj odkrył inny mikrokokkus, którego hodowle są nader delikatne i nikłe, prawie niedostrzegalne: *micrococcus pyog. tenuis*. Czwarty rodzaj wyhodowany odznacza się dążnością do tworzenia łańcuszków, ten rodzaj nazwał według Billrotha *Streptococcus*, a dla odróżnienia go od innych streptokoków dodaje mu przydomek *pyogenes*.

Z przewlekłych ropni nie udało mu się wyprowadzić hodowli koków, ropa jednak z tych ognisk zaszczepiona zdrowym zwierzętom wywoływała typową gruźlicę, dla tego powstawanie tych ropni przypisać należy prątkowi gruźliczemu. Wśród gwałtownych ropień i ropotoków znajdował te same koki co i przy zwykłych ropniach. Znajdował się tam już to sam *staphylococcus*, już też to *streptococcus*, albo też

oba równocześnie. Zajmującém jest spostrzeżenie, że obraz kliniczny ropienia lub zapalenia ropnego jest odmienny w miarę tego, jaki kokus w ropie wykazać można. Na 15 przypadków zapalenia szpiku kostnego zdołał R. 14 razy wykazać ten sam mikroorganizm, z którego hodowlą zapoznał nas Becker, jak niemniéj z jego zachowaniem się względem zwierząt. Zdaniem R. jest ten kokkus identycznym ze znajdującym się w ropniach *St. aureus*, dochodzi więc R. do tego samego rezultatu co i Krause, który wykazał kokkus Beckera nietylko w ogniskach zapalnych w szpiku kostnym, lecz także w zwykłych ropniach i wrzedzionkach. Nader pouczającym jest rozdzial o sprawach septycznych. R. wychodzi z zapatrywania, że sprawy te, objęte jedną nazwą przez klinicystów, nie są wcale jednakowéj przyrody, nie jednaką jest ich etyjologija i nie jedne i te same pasorzyty odgrywają w nich rolę. Sprawy septyczne polegają, jak twierdzi Gussenbauer, na chłonieniu istót gnilnych, wśród mikroorganizmów jednak rozwijających się w jednem ognisku posokowatém przeważają pewne rodzaje liczbą i te mogąc przenikać tkanki ustroju ludzkiego, sprowadzają ogólne schorzenie przyrody gnilnéj. Jakkolwiek od dawna starał się R. poznać mikroorganizmy gnilne, udało mu się dopiero teraz rozróżnić rodzaje prątków, pośredniczących wśród gnicia tak wobec przystępu powietrza jakotéż bez tegoż. Nazywa on je *Bac. pyogenes* Nr. 1, 2 i 3. Nr. 1szy wywołuje gnicie z cuchnięciem wśród przystępu powietrza, u zwierząt zaś nie sprowadza spraw chorobowych, R. wykrył go w cuchnących czopach, pochodzących z połyku ludzkiego. Nr. 2gi pochodził z nóg wydzielających pot cuchnący, nie traci swych własności bez przystępu powietrza a dla królików jest zabójczy. Nr. 3ci pochodzący z posokowatéj rany powstałéj w skutek powikłancgo złamania kości udowéj, wywołuje gnicie wobec powietrza i bez tegoż i jest również zabójczym dla królika. W przebiegu próchnienia zębów spostrzegł R. mały nieregularny mikroorganizm, który bez przystępu powietrza wywoływał gwałtowne gnicie z cuchnieniem i wywiązywaniem się gazów. Hodowle tego kokka dotąd się nie powiodły, zdołał go jednak wykazać już w posokowatéj ranie kąsanéj, która wydawała woń przykrą, spróchniałym zębom właściwą.

W dwóch przypadkach postępującéj zgorzeli spostrzegł R. tylko *streptococcus pyogenes*, który można tedy uważać za jéj przyczynę. W dwóch innych przypadkach zgorzeli z odmą zgorzelinową stwierdził prątki z zarodnikami na końcach, co z tego względu jest ważném, że takie same pasorzyty wykryto w podobném schorzeniu zwierząt, jednak tak tu jak i tam nie powiodły się hodowle tych prątków. Ropnicę uważa R. za chorobę zakaźną, wywołaną przez drobnotwory, których właściwością jest sprawianie ropienia gdziekolwiek się znajdują; sądzi on, że objawy ropnicy można w zupełności wytłumaczyć istnieniem prątków i rozwojem ich czy to wśród małych ognisk ropnych, czy też to wśród wielkich ropni. Z zapalenia podobnego do róży, a powstającego na palcach u ludzi zajętych przy odpadkach zwierzęcych, udało się wyhodować prątek nieregularny, który zaszczepiony w skórę ramienia sprawił zapalenie z pieczeniem i swędzeniem; w miejscu tém powstało zaczerwienienie rozmiarów dosyć znacznych, późniéj jednak samo ustąpiło. (*Wiener med. Woch.*, Nr. 39 i 40, 1884).

Dr. Schaitter.

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie.

VII Posiedzenie zwyczajne naukowe Sekcyi lwowskiéj Tow. lek. galic. z d. 4 października 1884.

Obecni: Przewodniczący: Dr. Widman i 20 członków.

Przewodniczący zagaja posiedzenie po przerwie wakacyjnéj zachęcając członków do wspólnéj pracy, składając do Biblijoteki Tow. lek. galic. 1 egzemplarz swojego dzieła: O chorobach serca itd. a następnie odczytuje odezwę komendy wojskowéj o uwalnianiu wojskowych chorych na jaglicę. Czytanie ostatniego sprawozdania z posiedzenia nadzwyczajnego sekcyi lwowskiéj Tow. lek. galic. z wnioskami o działalności lekarzy podczas cholery odpada, albowiem pomieniony wniosek był w „Przeglądzie Lekarskim“ umieszczony. —

Protomedyk Dr. Biesiadecki donosi, że Tow. lek. krakowskie zaprosiło sekcyję lwowską, aby z okazyi jubileuszu prof. Dra Szokalskiego wysłała adres do Jubilata, wnosi więc, aby wybrano komisyję redakcyjną adresu i aby jeden z członków zawiózł adres do Warszawy i wręczył Jubilatowi. Do komitetu redakcyjnego wybrano: Dra Riegera, Dra Krówczyńskiego i Dra Macheka. — Rektor prof. Dr. Rydel obecny na posiedzeniu jako gość wnosi, aby postąpiono z adresem podobnie jak podczas jubileuszu prof. Dra Arlta w Wiedniu, to jest aby adres wręczono Jubilatowi przez deputacyję. Przewodniczący zaś wnosi, aby zawiadomić i inne sekcyje Tow. lek. galic. prócz lwowskiéj, aby i one podpisały także adres, a Dr. Rieger czyni wniosek, aby Rada zawiadowcza Tow. lek. galic. podpisała adres, sekcyje zaś Tow. lek. galic. zawiadomiono o adresie przez „Przegląd Lekarski“, żeby się z podpisami przyłączyły. Protomedyk Dr. Biesiadecki oświadcza, że chciał zwołać Radę zawiadowczą Tow. lek. galic. w tym celu, lecz ponieważ sądzi, iż specyjalista pracujący w tym samym zawodzie, w którym Jubilat pracował, przy wręczeniu adresu godniéj i lepiéj potrafiłby podnieść zasługi Jubilata, a w Radzie zawiadowczéj takiego specyjalisty nie ma, przeto nie zwołał Rady zawiadowczéj; wnosi zatém ażeby, jeżeliby nie pojechał ze Lwowa żaden okulista do Warszawy, przesłać adres Tow. lek. galic. delegatowi krakowskiemu do doręczenia Jubilatowi wraz z adresem Tow. lek. krak. Dr. Rieger wnosi, aby po zredagowaniu przedłożyć adres Radzie zawiadowczéj do dalszego postąpienia, co wraz z poprzedzającém uchwalono. Rektor Rydel wnosi następnie, aby Jubilata Szokalskiego zamianować członkiem honorowym Tow. lek. galic., na co protomedyk Dr. Biesiadecki odpowiada, że to się w swoim czasie stanie, zwłaszcza, że to tylko Walne zgromadzenie postanowić może. —

Po zamknięciu dyskusyi nad tym przedmiotem nastąpił odczyt Dra Krówczyńskiego: O leczeniu trypra chronicznego metodą Guyona. Po odczycie zabrał głos w dyskusyi Dr. Ziembicki podając, że widział zdumiewające skutki téj medoty leczniczéj u Guyona i sam stosował ją także w swoim oddziale, że ona jednak zwężeniom cewki moczowéj nie zapobiega, jeżeli się już wytworzyły zgrubienia pod błoną śluzową; wyraził więc podziękowanie prelegentowi za to, że stosuje na swoim obfitym materyjale tę metodę i wspiera ją dowodami stwierdzającemi jéj skuteczność leczenia. —

Następnie okazał Dr. Sielski przyrząd własnego pomysłu do ciągłéj irygacyi pochwy i objaśniał sposób używania tegoż.

Poczém przewodniczący zamknął posiedzenie oświadczeniem, że ponieważ dawniejszy sekretarz sekcyi jeszcze w maju wyjechał ze Lwowa, przybrał sobie Dra Wiktora za sekretarza.

Dr. Wiktor.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

XII. Posiedzenie zwyczajne Tow. lek. krak. z dnia 15 paźdz. 1884.

Przewodniczący kol. Kwaśnicki. Członków obecnych 30.
Jako gość Dr. Zanitowski przebywający w Krakowie.

1. Z powodu wyjazdu kol. Szymkiewicza na zastępcę sekretarza zaproszony został przez aklamacyję kol. Dobruchowski.

2. Przewodniczący przedstawia w imieniu Komitetu sposób, w jaki ma być uczczony przez Tow. lek. krak. Jubilat prof. Szokalski.

3. Przewodniczący wręcza kol. biblijotekarzowi dzieła nadesłane do Towarzystwa: Słownik lekarzy polskich, Zeszyt III od wdowy po śp. Dr. Kośmińskim i broszurę: Tuberculosy plični Dra docenta Chodounskiego.

4. Przewodniczący przedstawia egzemplarz fotogramu zbiorowego uczestników IV Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu oświadczając, że podobny egzemplarz nabyć można u wykonawcy p. Rivoli i Sp. po cenie 10 marek.

5. Kol. Wł. Gluziński mówi o niektórych nowych lekach używanych w chorobach serca. (Rzecz ta będzie drukowana w Przeglądzie Lek.)

6. Kol. Obaliński przedstawia chorego, który skutkiem nieostrożności w fabryce, doznał następujących obrażeń: *a*) powikłanego złamania ramienia lewego tak, iż odnoga trzymała się tylko na wąskim płacie, zawierającym główne naczynia i nerwy; *b*) skręcenia kolana lewego, połączonego z odłamaniem kłykcia wewnętrznego; *c*) stłuczenia nerwu łydkowego prawego z następném porażeniem mięśni łydkowych. Przedramię utrzymano po zeszyciu mięśni przerwanych; kolano prawe resekowano a nogę prawą przyrządem stalowym wzmocniono i tym sposobem młodego człowieka od kalectwa zabezpieczono.

Na têm posiedzenie zakończono.

Za sekretarza *Dr. Dobruchowski.*

VI. Sekcyja okulistyczna na Kongresie międzynarodowym lekarskim w Kopenhadze 1884 r.

Sprawozdanie Dra B. Wicherkiewicza.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 41).

Trzeciemu posiedzeniu, które odbyło się dnia 12 sierpnia o g. 10 zrana, przewodniczył Dr. Abadie a pierwszy odczyt na têm posiedzeniu wygłosił Redard z Paryża: „Badanie wzroku urzędników kolei żelaznych.“

Po przedwstępnych uwagach historycznych podnosi Redard, że przedmiotem tym zajmowano się głównie w Szwecyi, Norwegii i Danii. Podobnie jak wiele rządów wydał i rząd francuski stósowne środki i ustawy dotyczące badania wzroku urzędników. Autor zaznajamia Kongres z istniejącemi we Francyi odnośnemi ustawami i wyraża życzenie, ażeby wszystkie kraje przyjęły jednolite ustawy. Badanie wzroku urzędników kolejowych powinno być powierzoném rzeczywistym okulistom, pozostającym pod dyrekcyją głównego lekarza okulisty. Redard przedstawia projekt takich wspólnych ustaw prosząc, ażeby Kongres zbadał tenże. Jego statystyka wykazuje, że w obrębie dróg żelaznych francuskich znajduje się 2% daltonistów.

Następnie mówi Libbrecht z Gandawy: „O środkach praktycznych zastósowanych celem badania czucia barw i siły wzroku u urzędników kolejowych i marynarskich. Przed Kongresem londyńskim badał Libbrecht u 8.000 osób siłę wzroku, daltonizm i pole widzenia i doszedł do wyników, które wykazały, że 7,18% nie posiadało wzroku prawidłowego, 2,60% było daltonistami, a tylko 0,5% miało nieprawidłowe pole widzenia. Od tego czasu zbadał Libbrecht 3.000 nowych osobników i osiągnął mniéj więcéj te same wyniki. Coraz więcéj staje on się zwolennikiem metody badania Holmgrena za pomocą barwnéj wełny. Libbrecht sądzi, że równocześnie badany wzrok wynoszący V=1, nie jest wystarczający dla maszynistów, skoro na jedném oku V=1, a na drugiém V=0. Libbrecht sądzi także, że wszystkie znaki typograficzne, do badania wzroku służące, nie są dokładne, ponieważ znaki dla analfabetów łatwiéj mogą być rozpoznawane od liter. Znaki Snellena są jeszcze względnie najdokładniejsze, lubo tak niedoskonałe. W końcu wyraża Libbrecht życzenie, ażeby obrano Komisyję, tak zwaną daltoniczną, podobną do téj, która była czynna podczas Kongresów w Amsterdamie i Londynie, i ażeby taż Komisyja ostatecznie podała najlepszy sposób wykrywania daltonizmu.

W téjże materyi odczytuje w końcu Webster Fox z Filadelfii list Williama Thompsena pisany do nieobecnego Dondersa. Treść listu jest następująca:

Na ostatniém posiedzeniu Komitetu, ustanowionego podczas Kongresu międzynarodowego w Londynie, pokazywał Thompsen przyrząd używany przez siebie na bardzo rozległych kolejach Pensylwanii, do prędkiego oznaczenia zboczeń czucia światła. Od urzędników, których liczba na tych kolejach wynosi 40.000, wymaga się wyśmienitego wzroku i czucia kolorów, ażeby zapewnić bezpieczeństwo ruchu, a niezmierna ta liczba urzędników ulega z powodu skaleczeń lub śmierci ciągłym zmianom. Badanie swoje robił Thompsen z pomocą ludzi, których wskazali mu wyżsi urzędnicy, a których sam najzupełniéj wtajemniczył w zasady badania. Tylko wątpliwe przypadki kazał samemu sobie przedstawiać. Autor przesyła z listem ustawę na pomienionych kolejach obowiązującą, jakotéż list jeneralnego dyrektora, wyrażający najzupełniejsze zadowolenie z nowego systemu badania.

Po odczytaniu powyższego listu proponuje przewodniczący, ażeby dla zbadania rzeczy przedstawionych przez Libbrechta wybrano komisyję. Przeciwny temu jest Hansen Grut, a to z téj przyczyny, ponieważ nie można zmieniać sposobów badania, ile razy różnią się zapatrywania co do tych sposobów. Meyer zwraca na to uwagę, że komisyja taka już istnieje a Libbrecht potrzebuje tylko projekt swój komisyi téj przedłożyć.

Boucheron z Paryża: O użyciu atropinu w rozpoczynającém się zezowaniu zbieżném. Atropinizowanie przydłuższe obydwóch ócz, zdaniem autora, w początkach rozwoju zbieżnego zezu jest najwłaściwszym sposobem leczniczym, gdyż sprzeciwia się głównemu czynnikowi, wywołującemu zbieżność, tj. wysileniom instynktowym akomodacyi u dziecka o nieprawidłowéj refrakcyi (nadwzroczność i niezborność). Atropinizowanie jest skutecznêm tylko dopóty, dopóki zez jest jeszcze przestankowym, tj. dopóki nie ma jeszcze wtórorzędnego skrócenia mięśnia wewnętrznego prostego. Leczenie atropinem ma ten korzystny wpływ, że powstrzymuje niedowidzenie w skutek nieużywania oka (*ex anopsia*), które jest następstwem braku rozwoju plamy żółtéj. Stosunek pomiędzy leczeniem atropinem a innemi środkami używanemi przeciwko zezowi, daje się w następujący sposób określić: Lubo atropinizowanie zastosowane w odpowiednim czasie może w wielu przypadkach usunąć zez zbieżny, to jednakże szkła pokrywające niemiarowość mogą być równocześnie albo téż po leczeniu atropinem używane celem uniknięcia wznówki. Postępowanie prostujące (ortopedyczne), stereoskop Javala itd., które wymaga pewnego stopnia woli i zrozumienia ze strony chorego mogłoby tylko tam być zastosowane, gdzie zez przestankowy, a zdarza się to rzadko, w dość późnym występuje jeszcze wieku. Strabotomija czyli operacyja zezowatości jest najlepszym środkiem przy ustawicznym zezie. Ujemne strony leczenia atropinem jakoto: tkliwość osobliwa, zapalenie spojówek, rzadko zdarzają się u małych dzieci, a można ich z łatwością uniknąć

przez ostrożne zastosowanie środka w pierwszych początkach choroby, albo zastępując go innym jakim środkiem rozszerzającym źrenicę. Środki ściągające źrenicę, które unieruchomiają mięsień nastawczy przez wprawienie go w stan skurczenia, mogą w początkach również, jak się autor o tém przekonał, dać wyniki dobre, a to przez powstrzymanie zbytnich wysileń akomodacyi i zależnéj od niéj zbieżności. Środki ściągające źrenicę zdają się atoli być mniéj skutecznemi od środków rozszerzających.

Do rozpraw nad tym przedmiotem zabrał głos: Dianoux z Nantes, który bardzo często używał atropinu w początkach rozwoju zezu zbieżnego. Czasem osiąga się dobre wyniki. Jeżeli po 8 dniowém zapuszczaniu tego leku nie uwydatnił się skutek, zbytecznèm byłoby dalsze stosowanie leku. Z drugiéj strony atropin jest koniecznèm uzupełnieniem operacyi.

Hansen Grut nie widzi w tém, co podał Boucheron, żadnéj nowéj metody leczenia zezu przestankowego. Odkąd znany jest związek pomiędzy zezem a nadmiarowością, wszyscy używamy środka rzeczonego i to czasem z dobrym wynikiem. Boucheron myli się co do zasady, na któréj opiera sposób swego leczenia. Zbieżność nie jest zależną od samego mięśnia rzęskowego, ale od mózgu; dla tego téż mimo porażenia mięśnia rzęskowego trwa inerwacyja tegoż, a tém samém i zbieżność. Nie rzadko téż zresztą widzimy na początku leczenia pogorszenie zezowatości, a zez przestankowy zamienia się na ciągły.

Meyer pyta się prelegenta, w jakim wieku dziecka używa atropinu, na co

Boucheron odpowiada, że od pierwszego aż do 13 i 14 roku.

Raehlman z Dorpatu mówi najprzód: O istocie jaglicy (*trachoma*). Jaglica jestto zapalenie czysto mieszkowe, przeważające skłonnością do owrzodzenia. Cały bieg cierpienia zależnym jest od losu, jaki spotyka mieszki. Mieszki te mogą zniknąć, stwardnieć lub zniszczyć się przez owrzodzenie; zależy to wszystko od ich ilości i siedliska, od prędkiego rozwoju, od rozmiarów i od zaburzeń odżywczych wywołanych pojawieniem się tychże w tkance. Przemiany mieszków wywołują téż różne kliniczne objawy jaglicy. Raehlman dzieli przebieg choroby na trzy okresy:

Pierwszy okres, odpowiadający rozwojowi mieszków, jest bez oddziaływania. Czasem okres ten przerywają objawy zapalne, wywołane przejściowém cierpieniem rogówki. Mieszki występują pojedyńczo albo w gromadach, a czasem tak są liczne, że pokrywają spojówkę. Niekiedy powierzchowne rozkładają się czasem w kilku pokładach w tkance. W pierwszym okresie tak mało nieraz sterczą ponad powierzchnię, że uwydatniają się tylko jako plamki żółto-szare.

Drugi okres jest okresem zwyrodnienia mieszków i ich zniszczenia. Powierzchowne mieszki przechodząc w owrzodzenie oddzielają swą część powierzchowną i wypróżniają częściowo lub w całości treść swą do worka spojówkowego. Utrata ztąd powstała w tkance wypełnia się powoli ziarniną. Ta ziarnina rany znamionuje drugi okres choroby tém bardziéj, że towarzyszą mu zawsze nader żywe podrażnienie i wydzielina ropiasto-śluzowa. Mieszki zawarte w głębi tkanki przechodzą w tkankę ścisłą, łączną. Obok powierzchownych owrzodzeń mieszkowych powstają ciągle nowe mieszki ulegające temu samemu losowi, tak że cała spojówka przemienia się w blizny. Sprawa ta pozostawiona saméj sobie, nie prędzéj ustaje, aż cała tkanka gruczołkowata nie ulegnie zniszczeniu i nie zabraknie podstawy do rozwoju nowych mieszków. Mieszki i ich odmiany są jedynemi cechami znamionującemi istotę chorobową jaglicy. Gruczoły opisane przez Iwanova i Berlina, lubo na sprawę chorobową nie bez znaczenia, są tylko przypadkowemi i należą raczéj do okresu końcowego. Zależą one od marszczenia się i nabrzmienia błony śluzowéj i uważać je można jako rodzaj torbieli, które powstają przez zatrzymanie wywołane ściśnieniem wypustów. Wytworów nabłonkowych, pęków nabłonkowych itd., które autorowie powyżsi przytaczają jako rzecz znamionującą, nie spotykamy nigdy w pierwszym okresie. Widzieć je wyłącznie tylko można w drugim i trzecim okresie, kiedyto w skutek mieszkowych owrzodzeń pokład nabłonkowy błona podstawowa (*basalis*) pozostawiają drogę otwartą do proliferacyi nabłonkowéj. Taka więc ziarnina nabłonkowa ma znamię tkanki gojącéj i zastępującéj utratę nabłonka.

Raehlman opierając się na swoich badaniach, uważa zapalenie spojówki tak zwane mieszkowe (*Conjunctivitis follicularis*), jako ostrą jaglicę, w któréj mieszki nie zagłębiają się w tkankę, ale pozostając powierzchownemi nie wywołują téż silnych zaburzeń odżywczych, w skutek czego warunki wessania i wyzdrowienia są korzystne. Wobec równych histologicznych znamion nie ma żadnego powodu, ażeby cierpienie to odłączyć od jaglicy, chociaż i rozwój tego cierpienia jest stosunkowo łagodnym. (C. d. n.)

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* **Cholera** wygasa we Włoszech a we Francyi od trzech tygodni nie było świeżego przypadku, z którego powodu Najwyższa Rada sanitarna w Wiedniu na ostatniém swém posiedzeniu uznała za zbyteczne stosować daléj środki ostrożności od strony Francyi na granicach austryjackich. Przypuścić więc można, że ostatni zajazd cholery już się kończy, albo przynajmniéj nastąpi zawieszenie broni na zimę. Tymczasem donoszą z Berlina, że udało się nareszcie Kochowi przeszczepić prątki przecinkowe krolikom i wywołać u nich cholerę; tym sposobem dowód doświadczalny, którego dotąd nie dostawało nauce Kocha, byłby dostarczony. Równocześnie Koch dowiódł, że twierdzenie Finklera i Priora o identyczności prątka cholery swojskiéj i azyjatyckiéj jest bezpodstawném.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 5—11 październik umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 33,4. Z płonicy umarło 8 (4 z. t.); z błonicy 1 (0 z. t.); z duru brzusznego 1 (1 z. t.); z róży 1 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku ospy, 3 odry, 1 krztuśca, 13 płonicy. Od 28 września do 4 października umarło w Londynie z ospy 10, świeżo zapadło 113 (132 z. t.); leczyło się w szpitalach 555 (561 z. t.). W Nowym Orleanie umarło z ospy 1, w Petersburgu i Odesie po 2, w Pradze i Genewie po 3, w Lizbonie 5, w Madrasie (od 16—22 sierpnia) 6. Z duru osutkowego umarło w Londynie 1, w Madrycie 3. Z cholery umarło w Kalkucie 3, w Madrasie umarło od 16—23 sierpnia 7, względnie 44, w Bombayu (od 26 sierpnia do 2 września) 23.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 28 września do 4 października umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 35,6; w Warszawie 31,6; w Poznaniu 30,1; w Wiedniu 18,7; w Budapeszcie 20,9; w Pradze 28,6; w Berlinie 27,6; w Hamburgu 21,4; we Wrocławiu 24,2; w Gdańsku 27,1; w Mnichowie 24,1; w Dreźnie 23,1; w Lipsku 18,6; w Bazylei 14,7; w Brukseli 18,5; w Amsterdamie 20,7; w Hadze 18,6; w Paryżu 18,7; w Londynie 17,2; w Kopenhadze 22,0; w Stokholmie 25,4; w Chrystyjanii 21,0; w Petersburgu 20,8; w Odesie 27,0; w Rzymie 19,6; w Wenecyi 19,3; w Bukareszcie 19.8; w Madrycie 30,4; w Lizbonie 32,3; w Aleksandryi 33,1; w Nowym Yorku 25,7; w Filadelfii 23,9; w Bombayu 30,0; w Madrasie 47,3. *J. B.*

Śmiertelność we Lwowie (liczącym 115.544 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). W tygodniu od 5—11 października rb. umarło 67 osób, co odpowiada na rok i 1,000 m. 30,2.

W tym czasie umarło 3 osób z ospy, 5 z płonicy, 2 z błonicy, 2 z dławca, 5 z duru brzusznego, 1 z gorączki połogowéj.

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 22 października. W sobotę d. 25 bm. Towarzystwo lekarskie warszawskie na posiedzeniu uroczystém obchodzi 50-letni jubileusz doktorski prof. Wiktora Szokalskiego. Nie wątpimy, że uroczystość ta odpowie godnie zasługom Męża, którego czci i poważa cały naród. Oprócz adresu wręczoną będzie Jubilatowi książka pamiątkowa wydana staraniem kol. Talki, a mieszcząca w sobie prace kilku czy kilkunastu bliższych kolegów. Towarzystwa: lekarzy czeskich, lekarzy galicyjskich i krakowskie przesyłają życzenia swoje w postaci adresów i dyplomów. Adres Tow. lek. krakowskiego, podpisany przez wszystkich członków komitetu, opiewa jak następuje:

„Wiktorowi Szokalskiemu, Drowi medycyny i chirurgii, prof. Uniwersytetu warszawskiego, kawalerowi orderu *virtuti militari*, członkowi wielu towarzystw naukowych itd., dzielnemu badaczowi, co jeden z pierwszych naukę lekarską na nowe pchnął tory, uwieńczonemu autorowi dzieł niespożytych, znakomitemu mistrzowi kilku pokoleń lekarskich, słynnemu okuliście, chlubie narodu i umiejętności, obywatelowi zasłużonemu krajowi na polu chwały i nauki, Towarzystwo lekarskie krakowskie składa wyraz wdzięczności, hołdu i czci niewygasłéj, z gorącém życzeniem, aby opromieniony blaskiem swoich zasług Jubilat, w długie lata używał owoców swéj płodnéj a zbawiennéj działalności, by świecił młodszym pokoleniom żywym przykładem głębokiéj nauki, cnót obywatelskich, uznanych zasług i uwieńczonéj sławą pracy. *Semper honos, nomenque, laudesque manebunt.*"

Akademija Umiejętności w Krakowie przesłała również adres podpisany przez prezesa Majera, prof. Teichmanna i sekretarzy proff. Tarnowskiego i Kuczyńskiego.

Nie wątpimy, że w ślad za Towarzystwami wspomnianemi pójdą i inne grona i jednostki, albowiem 50 lat pracy, tak znakomitéj, chlubnéj a pożytecznéj, zasługuje na to, aby od stolicy aż do najdalszego zakątka każdy lekarz i przyrodnik przypomniał sobie, że i my zdolni jesteśmy do pracy uciążliwéj i wytrwałéj, a wszakże téj właśnie wytrwałości odmawiają nam ci, którzy nam zdolności do udziału w pracy koło oświaty powszechnéj nie zaprzeczają. A jest w tym zarzucie dużo prawdy, gdyż niestety stwierdza ją codzienne doświadczenie. Tém bardziéj szczycić się nam wypada Mężem, który jeden z małéj liczby znakomicie uzdolnionych, nietylko w nauce zajmuje zaszczytne stanowisko, sumienną pracą zdobyte, ale który śród warunków niekorzystnych pracował bez przestanku i stał się chlubą narodu, znakomitością naukową nie zaściankową, lecz daleko po za kresami kraju uznaną i poważaną. Prof. Szokalski nie zamknął się téż w zagrodzie domowéj; pracował on nietylko w kraju, ale i w Niemczech i we Francyi, wszędzie nawięzując stosunki z powagami pierwszorzędnemi, wszędzie miłą w tych kołach po zostawiając po sobie pamięć. Jakżeż to miło dla ucha polskiego, jeżeli daleko za granicami kraju i tęskniąc za nim słyszy się nagle z ust Niemca lub Francuza pochwały dla słynnego rodaka, którego pobyt dłuższy w obczyznie pozostaje w miłéj pamięci u uczonych tamecznych! A nietylko żył i pracował śród uczonych zagranicznych, ale i ogłaszał prace swoje także w językach obcych, jakkolwiek przedewszystkiém czynił zadosyć obowiązkom swym dla piśmiennictwa polskiego; ztąd nietylko my sami chlubimy się nim, lecz i inne narody, przodujące w oświecie, uznają jego zasługi, ztąd téż tém większą jest chluba nasza. Niedawno dopiero, bo na Zjeździe poznańskim, mieliśmy sposobność podziwienia bystrości umysłu sędziwego Jubilata i ze szczerą radością nabraliśmy przekonania, że wiek podeszły nie upośledził jeszcze téj znakomitéj siły naukowéj. Zasłużony a szczęśliwy — niechaj długo jeszcze przyświeca młodszemu pokoleniu, zwłaszcza tym pracownikom na niwie umiejętności polskiéj, którzy dobre wprawdzie mają chęci, ale których „matka czarodziejka nie upowiła w pieśń u łona".

* Otrzymaliśmy pismo następujące, które zamieszczamy tém chętniéj, o ile ono pochodzi od kolegi bardzo poważanego i zgadza się w zupełności z naszém zapatrywaniem.

Szanowna Redakcyjo!

Upraszam Szanowną Redakcyję o umieszczenie uwag moich, które, jak sądzę, są wyrazem życzeń wielu kolegów z prowincyi.

W ostatnich dwóch latach czytamy wiele o nowo odkrytych patogenetycznych prątkach. Mamy gorącą chęć podążenia za postępem wiedzy lekarskiéj, ale brak nam sposobności. Na prowincyi nawet lekarzowi posiadającemu, co się zresztą rzadko zdarza, odpowiedni mikroskop, trudno jest zapoznać się z nowemi sposobami badań mikroskopowych, wymagającemi wprawy w subtelnych tych poszukiwaniach, odczynników, których nasze apteki nie posiadają, i materyjału, który nie zawsze mamy pod ręką. Z tychto powodów Rząd pruski urządził krótkie kursa praktyczne, pod kierunkiem samego mistrza Kocha, dla zaznajomienia swych lekarzy ze sposobami zabarwiania chorobowych prątków i sztucznéj ich hodowli. Rząd austryjacki widocznie mniéj dba o wykształcenie dopełnicze swych lekarzy, kiedy dotąd nic w tym kierunku nie uczynił. A przecież przemawiają za urządzeniem takich kursów nie tylko teoretyczne ale i praktyczne względy, gdyż jakkolwiek nie życzymy sobie ukazania się cholery, to przecież nie wiemy, czy ona z nastaniem cieplejszéj pory znów się nie pojawi z całą swą grozą, dziesiątkując nieszczęśliwą ludność podobnie jak w r. 1873. Wszakże ważną jest rzeczą rozpoznać zaraz pierwotne przypadki stanowczo jako prawdziwą cholerę, gdyż środki sanitarne mogą tylko w obec pierwszych przypadków mieć wartość ochronną.

Daléj jest rzeczą pewną, że im więcéj lekarzy będzie umieć badać istotę chorób zaraźliwych, tém prędzéj spodziewać się można poznania warunków, które rozwojowi tych istot chorobotwórczych sprzyjają, tudzież i środków, które na rozwój ich niepomyślnie wpływają, lub zgoła je tępią.

Czyż zawsze mamy wyczekiwać z założonemi rękami, co nam nowego berlińskie dzienniki przyniosą? Jeśli już nas samych na żadną nie stać inicyjatywę, to przynajmniéj naśladujmy zagranicę w tém, w czém ona nas wyprzedziła, zapoznajmy się z najnowszemi odkryciami patogenetycznemi. Ułatwienia tego zadania mamy prawo wymagać od instytucyj naukowych i humanitarnych, mamy prawo wymagać od Rządu. Wszechnica w Krakowie, prosektoryjum przy szpitalu we Lwowie, spełniłyby swe zadanie, gdyby instytucyje te otworzyły kursy praktyczne dla badań mikroskopowych w powyżéj wyłuszczonym kierunku, Rząd zaś spełniłby swe zadanie, jeśliby wyznaczył pewną renumeracyję dla pp. profesorów lub docentów udzielających kursy, jeśliby ułatwił lekarzom rządowym korzystanie z nich przez udzielenie im urlopu kilkotygodniowego i ustanowienie a względnie opłacenie zastępców przez ten czas. Zresztą byłoby rzeczą Rządu i Uniwersytetu postarać się o odpowiednią katedrę i laboratoryjum, gdyż studyja tego rodzaju służące całéj ludzkości wymagają wyłącznego zajęcia się niemi, nie dają zaś chleba pracownikowi. Wreszcie miałaby i Rada sanitarna wdzięczne zadanie przez udzielenie stypendyjum z funduszów sobie wyznaczonych, lub z funduszu, o który postarałaby się winna, wykształcić kilku lekarzy w odnośnym kierunku za granicą, zwłaszcza takich, którzyby obiecywali zająć się docenturą tego przedmiotu.

Zostaję z poważaniem *S.*

* Na posiedzeniu w d. 17 bm. odbytém Wydział lekarski mianował Dra Leona Kopffa na dalsze dwa lata asystentem przy klinice chorób skórnych i kiłowych, a kandydata medycyny Józefa Kadyiego 2gim asystentem przy katedrze anatomii opisowéj.

* Komitet administracyjny szpitala św. Łazarza na wniosek prof. Korczyńskiego uchwalił sprowadzać odtąd wszelkie zioła potrzebne do apteki szpitalnéj od mag. farm. p. Zieniewicza w Brzostku, tak wielce zasłużonego na polu rozwoju przemysłu aptekarskiego krajowego. Cennik p. Zieniewicza obejmuje 62 środków lekarskich, przeważnie ziół, a ceny, z wyjątkiem tylko kilku, są bez porównania tańsze, aniżeli w składach aptecznych wiedeńskich, zkąd apteka szpitalna, tak samo jak dotąd przeważna część aptek w kraju, sprowadzała nawet zioła krajowe. Komitet szpitalny donosząc o tém zarządzeniu Wydziałowi krajowemu, uprasza tenże o wzięcie w opiekę także przemysłu aptekarskiego krajowego.—O ile wiemy oprócz p. Zieniewicza sprzedażą hurtowną ziół krajowych zajmują się jeszcze następujący pp. aptekarze: Żymirski w Ropczycach (*flor. tiliae, malvae, sambuci, papaveris rheados, herb. centaurei, melissae, menthae pip., fol. farfarae, radd tormentillae, baccae myrtylli, roob sambuci*), Winnicki w Zatorze (*herb. centaurei*

i *flor. tiliae*) i Kurowski w Wadowicach (*flor. chamom. vulg.*, *tiliae. herb. centaurei, radd. calami*).

* Otrzymaliśmy 1szy zeszyt Encyklopedyi lekarskiéj (*Real-Encyclopädie*) wychodzącéj nakładem Urbana i Schwarzenberga a pod redakcyją prof. Eulenberga w 2giém wydaniu. Zdawało się, że dzieło 15-tomowe, w roku przeszłym zaledwie ukończone, połączone z tak ogromnym wydatkiem, a nadto tłumaczone już na języki obce, nie doczeka się tak prędko 2go wydania. A jednak obecnie już nie ulega wątpliwości, że wydanie drugie rozpoczęło się i że gruntownie będzie przerobione i znacznie pomnożone, jak tego dowodzi prospekt i zeszyt 1szy. Przedewszystkiém nauki teoretyczne, jak anatomija, histologija, fizyjologija, chemija lekarska itd., znajdą nierównie większe, aniżeli w 1ém wydaniu, uwzględnienie; koło współpracowników znacznie się rozszerzyło i obejmuje 130 osób; przybędą nowe artykuły, jak np. już w 1ym zeszycie artykuł Soyki „*Abdeckereien*“ i zwiększy się ilość rycin, tak np. artykuł Zuelzera o durze brzusznym opatrzony jest obecnie 23 rycinami, podczas gdy w wydaniu 1ém było ich zaledwie 9. Sądząc po energii wydawców spodziewać się należy, że wywiążą się punktualnie z przyrzeczenia, że całe dzieło znów ukończeném będzie w ciągu lat 4. Jestto w każdym razie jedno z największych wydawnictw naszego wieku, zasługujące na uznanie i naśladowanie.

* **Berlin**. Nowy zakład dentystyki urządzony w Wydziale lek. pozostaje pod kierownictwem nadzw. prof. chirurgii Buscha, a dentyści Drowie Paetsch, Miller i Sauer mianowani zostali nauczycielami w tymże zakładzie z tytułem profesorów.

Dr. Hueppe, były asystent Kocha, osiadł w Wiesbadenie i w pracowni Freseniusa wykłada higijenę i bakteryjologiję.

Zmarła w Kasselu hr. Bose zapisała Wydziałowi lek. w Berlinie sumę 780,000 marek na stypendyja dla biednych uczniów medycyny.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga czeska.** Dr. Jerzy Czarda habilitował się jako docent prywatny chorób uszu i nosa w Wydziale lek. czeskim. W tymże Wydziale mianowani zostali asystentami: Drowie Wünsch-Zdeborsky i Raab przy klinice chirurgicznéj, Dr. Obrzut przy anatomii patolog., Dr. Bayer przy katedrze medycyny sądowéj a Dr. Weigner przy klinice okulistycznéj. — Na pierwszy rok medycyny zapisało się tym razem w Wydziale czeskim 225 uczniów, a Wydział cały liczy 608 uczniów.

* **Mianowania.** W miejsce Dra Smolera, mianowanego referentem spraw lekarskich w Czechach, dyrektorem szpitala powszechnego w Pradze mianowany został dotychczasowy fizyk miejski Dr. Pelc.

* **Nekrologija**. We Wrocławiu umarł w 71 roku życia prof. psychijatryi Dr. Henryk Neumann, o którego ostatnich dziełkach niedawno temu w Przegl. Lek. donosiliśmy.

* Przewodnika gimnastycznego Nr. 10 z października rb. zawiera: Należyta dbałość o narząd oddechowy. — Cuda siły i zręczności. — Towarzystwo gimnastyczne w Krakowie. — Sprawy lwowskiego Towarzystwa gimnastycznego „Sokół“. — Kronika.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr 40: Janiszewskiego: Sprawozdanie z czynności oddziału chirurg. szpitala św. Jana Bożego w Lublinie. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 41: Heringa: Kwas chromny jako środek leczniczy w chorobach nosa, gardzieli i krtani; Sochackiego: Poród przedwczesny, przyrośnięcie łożyska, ostre wynicowanie i wypadnięcie macicy. — W *Medycynie* Nr. 41: Nekrolog śp. Klinka; Janiszewski: Sprawozdanie (c. d.).

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 42: Matlakowskiego: Edward Klink. Wspomnienie pośmiertne; Zabłudowskiego: Uwagi ogólne o miesieniu w chirurgii; Heringa: Kwas chromny jako środek leczniczy w chorobach nosa, gardzieli i krtani (C. d.); Sochackiego: Poród przedwczesny (dok.). — W *Medycynie* Nr. 42: Rumszewicza: O krwawych rażeniach rogówki.

Redakcyja otrzymała:

Prof. Dr. JURASZ w Heidelbergu: Zur Lehre von den Kehlkopfcysten. (Osobne odbicie z „D. med. Woch. 1884, Nr. 39) in 8vo str. 8.

S. JACCOUD: Wykład Patologii szczegółowéj, 3 tomy, str. 931, 984 i 961, in 8vo Warszawa 1884.

Dra Julijusza COHNHEIMA: Odczyty z patologii ogólnéj, 3 tomy, str. 607, 262 i 360, in 8vo, Warszawa 1884.

O piękném tém wydawnictwie podamy bliższą wiadomość.

Dr. Alfred NOBILING (lekarz nadworny w Monachijum): Der pathol. anat. Befund bei dem Erstickungstode des Neugeborenen, München 1884, in 8vo str. 33.

Piśmiennictwo lekarskie. JOHANNESSEN A. Die epidemische Verbreitung des Scharlachfiebers in Norwegen. gr. 8. Mit 4 Karten u. 3 z. Thl. farb. Steintaf. Christiania, Dybwad. M. 6.

JOUET. Etude sur le morphinisme chron. 8. Av. 2 pl. Paris, Delahaye et Lecr. Fr. 2½.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 29 października o godzinie 6 popoł. w Sali Akademii Umiejętn. posiedzenie zwyczajne, na którém 1) kol. Obaliński mówić będzie o swych przypadkach laparotomii wykonanéj z powodu niedrożności jelit. 2) Kol. Kwieciński (z Oświęcimia) opowie o przypadku resekcyi jelita zakończonéj wyleczeniem.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

W skutek upoważnienia Wysokiego c. k. Namiestnictwa rozpisuje się niniejszém ponowny Konkurs celem obsadzenia posady asystenta przy lwowskiéj szkole położnych z roczną płacą 400 złr. w. a. Powyższa posada będzie nadaną tylko doktorowi medycyny na przeciąg dwóch lat, po upływie których może być przedłużoną nominacyja na dalsze dwa lata.

W razie uzyskania mieszkania dla asystenta w budynku szpitalnym, będzie tenże obowiązanym takowe zamieszkiwać. Ubiegający się o tę posadę winni wnieść swe podania do podpisanéj Dyrekcyi najdaléj do końca Października rb.

Z Dyrekcyi c. k. szkoły położnych.

Lwów dnia 13 Października 1884.

Dr. Biesiadecki.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 1 listopada 1884. № 44. Rok XXIII.

I. Z kliniki ambulatoryjnéj prof. Dra Jurasza w Heidelbergu.

O porażeniach mięśni krtani po wyłuszczeniu wola.

Napisał Franciszek Jankowski, Drd. med.

W ostatnich kilku latach napotykamy często w łamach pism lekarskich artykuły, tyczące się sposobów leczenia wola, a mianowicie sprawozdania z przypadków operowanych. Wyłuszczenie bowiem wola, przed dziesiątkiem jeszcze lat mało praktykowane, a tém samém zaniedbane, dziś przyznać trzeba, szczególnie dzięki chirurgom niemieckim, a potém dzięki metodzie przeciwgnilnéj, znacznie ulepszonéj, w chirurgii przyjęło się i ustaliło. Bo też śmiertelność po operacyi wola, niegdyś bardzo wielka, zmniejszyła się nadzwyczaj, co widzimy ze starannie zestawionéj statystycznéj pracy Dra Liebrechta, drukowanéj w *Bulletin de l'Academie de médecine de Belgique* w roku 1883 *(De l'excision du goître parenchymateux par le docteur Liebrecht)*. Podług Liebrechta śmiertelność operowanych przypadków wynosiła przed 1851 r. 31,48%; od 1851—1876 r. 20,3%; a od r. 1876—1883 14,63%. Kocher na Kongresie chirurgów w Berlinie w rozprawie swéj: „*Kropfexstirpation und ihre Folgen*,“ *(Archiv f. klin. Chirurg.* 1883), zebrawszy 240 świeżo wyłuszczonych woli, podaje śmiertelność tylko na 11,6%. Naturalnie, mowa tu jedynie o wykrojeniu łagodnych rodzajów wola, bo w razach złośliwych, jak łatwo zrozumieć można, rezultat bywa daleko mniéj pomyślnym [1]). Lecz nieznaczną stosunkowo śmiertelność przyćmiewają niekiedy często szkodliwe następstwa, które się po wyłuszczeniu wola u chorych pojawiają i bardzo smutny stan dolegliwości tworzą; wpływając na mózg i nerwy osłabiają umysł, prowadzą do kretynizmu, napadów epilepsyi, tetanii itd. Jak te i inne jeszcze zjawiska powiązać z wykrojeniem wola, a przedewszystkiém wykryć ich przyczynę, jest zagadką, którą się starano rozmaicie rozwiązać, dotąd jednakże bez żadnego skutku.

[1]) Dr. Ad. Knie i Al. Focht w pracy swéj „K Kazuistikě i statistikě operacyi zoba,“ drukowanéj w „Medicinskoe obozrěnije 1883“ podają 18,7% śmiertelności na 199 przypadków operowanych.

Pracując czas dłuższy w klinice prof. Jurasza w Heidelbergu obserwowałem bardzo ciekawy pod wielu względami przypadek porażenia mięśni pierścienio-nalewkowych tylnych, czyli t. zw. porażenia oddechowego krtani, które się również w pewien czas po wyłuszczeniu wola pojawiło. Przypadek ten skłonił mnie do badania całéj sprawy porażeń krtaniowych po operowaniu wola, a mianowicie do zestawienia wszystkich podobnych przypadków znanych, ale rozrzuconych w literaturze lekarskiéj, oraz kilkunastu dotąd nieogłoszonych jeszcze przypadków, udzielonych mi łaskawie przez badaczy, których poniżéj wymienię. Za pomoc, któréj mi udzielił prof. Jurasz, a zarazem za łaskawe ustąpienie wyżéj wspomnianego przypadku do obserwacyi i leczenia, serdecznie mu dziękuję.

Nim przystąpię do skreślenia ogólnych poglądów, jakie sobie skutkiem rzeczonych badań wyrobiłem o porażeniach mięśni krtaniowych, powstających po usunięciu wola, podam w streszczeniu przebieg choroby i leczenia badanego przezemnie przypadku w klinice prof. Jurasza.

U niezamężnéj M. H., 58 lat liczącéj szwaczki z Mannheimu rozwinął się nagle wól przed dwunastu laty po przebytém wpierw zapaleniu krtani. Zastósowana terapija jodowa nic nie poskutkowała, a dolegliwości wywołane rozrostem gruczołu tarczykowego z czasem tak się wzmogły, że chora w r. 1881 w szpitalu w Baden-Baden poddała się wycięciu wola. Operacyję tę wykonał Dr. Baumgärtner[1]). Przez następnych dni ośmnaście operowana czuła się zupełnie zdrową. Dnia 19go w skutek gwałtownego wyciągnięcia ostatniéj ligatury powstał nagle krwotok, a po zatamowaniu

[1]) Opis tego wyłuszczenia wola mieści się w rozprawie Dra Baumgärtnera, czytanéj na 51 Zjeździe niemieckich lekarzy i przyrodników w Salzburgu r. 1881, a drukowanéj w dzienniku tegoż Zjazdu.

tegoż opaską uciskającą chora naraz trudno oddychać poczęła. Odtąd zadyszka nie ustąpiła, a w kilka dni potém stwierdzono wziernikiem krtaniowym, że szpara głosowa przy oddechaniu tylko 1/2 cm. była szeroką; oba więzadła głosowe były zresztą prawidłowe i przy tworzeniu głosu zamykały w sposób zwykły głośnię. Zastósowana przez długi czas elektroterapija okazała się bezskuteczną; owszem choroba się pogarszała, bo w 8 miesięcy późniéj zwężała się głośnia przy głębokim oddechu do 3 mm., a przy przyspieszonym oddechu więzadła nawet zupełnie się do siebie zbliżały. Szczegóły te zawdzięczam dokładnemu badaniu Dra Baumgärtnera, który mi łaskawie za pośrednictwem prof. Jurasza swych spostrzeżeń udzielił, dodając, że przed wykrojeniem wola więzadła głosowe, tak przy oddechaniu, jak mówieniu normalnie działały, i że duszność wówczas peryjodycznie się pojawiająca ciśnieniem nowotworu wywołaną była. W październiku 1882 r. chora przybyła do Heidelberga i za poradą prof. Jurasza poddała się wkrótce rozcięciu tchawicy, aby nie uledz uduszeniu. Na podstawie dat wziernikiem uzyskanych rozpoznał wówczas prof. Jurasz porażenie mięśni pierścienio-nalewkowych tylnych *(crico-aryt. postici)*. „Oddechanie było utrudnione, wdech przedłużony, hałaśliwy, piszczący, połączony z tak zwanym *stridor laryngealis*, podczas wdechu zagłębienie się części nadmostkowych i nadobojczykowych; wydech był prawie wolny. Głos tworzył się prawidłowo; chrząstki nalewkowe i reszta krtani nie przedstawiały nic chorobowego.“ Chora przebyła tracheomiję szczęśliwie, oddychała odtąd przez cewkę, nie skarżąc się na żadne dolegliwości. Po usunięciu niebezpieczeństwa zaduszenia, badając chorą w listopadzie 1883 r. po raz pierwszy, zmierzyłem głośnię za pomocą podanego przez Mandla wziernika przy chwilowém zatkaniu cewki do oddechania, aby się przekonać, ile jeszcze siły zachowało się w mięśniach porażonych. Szerokość głośni wynosiła 1 mm. Z powodu zaś, że wpierw przez Baumgärtnera długi czas stósowane elektryzowanie żadnego nie przyniosło skutku, i chora przy zamkniętéj cewce ani minuty oddychać nie mogła, postanowił prof. Jurasz spróbować wstrzykiwania azotanu strychninowego, zwłaszcza że środek ten dawniéj przez niego używany w przypadkach porażenia głosowego, okazał się nieraz bardzo skutecznym. Dnia więc 24 listopada 1883 wstrzyknąłem choréj pod skórę szyi powyżéj cewki 0,002 *Strych. nitr.*, d. 28 listopada 0,005 *Strych. nitr.* Po obu wstrzyknięciach nie pokazała się żadna reakcyja; dopiero 1 grudnia po wstrzyknięciu 0,01 *Strych. nitr.* dość gwałtowne nastąpiły objawy otrucia, jak np. ból głowy, słabość w rękach i nogach, połączona ze sztywnością i zaćmieniem w oczach. Dolegliwości te trwały do dnia 3. D. 5 grudnia badając chorą wziernikiem spostrzegłem że szpara głosowa 2 mm. była szeroką, że więc polepszenie się okazało. Odtąd wstrzykiwałem choréj dwa razy na tydzień naprzemian 0,01 albo 0,009 *Strych. nitr.* Do 8 marca 1884 wynosiła ilość wstrzykniętego azotanu strychninowego 0,244 grm.; polepszenie postępowało, chociaż tylko żółwim krokiem. Zastrzykiwania stósowano daléj. Dnia 11 marca chora prawie pół godziny przy zamkniętéj cewce oddechać już mogła, a szpara głosowa rozszerzyła się aż do 3 mm. Z powodu okoliczności niedozwalających częstszego przyjazdu do Heidelberga, przeszła chora od maja pod opiekę kol. Kiliana, asystenta szpitala w Mannheimie, który ten sam sposób leczenia daléj stósował.

Przypadek powyższy zasługuje z wielu przyczyn na szczególne uwzględnienie. Na trzy punkty zwracam tu tylko uwagę, tj. na samo porażenie, które, jak wiadomo, samo przez się do rzadkich należy zjawisk chorobowych, następnie na przyczynę choroby, odnoszącą się niezawodnie do operacyi wola, i wreszcie na pomyślny skutek zastósowanéj terapii. Nie tu miejsce, aby te i inne punkta szeroko rozbierać, uczynię to późniéj w obszerniejszéj pracy, któréj niniejsza jest tylko streszczeniem.

Przechodzę więc po opisaniu mego przypadku do rozebrania sprawy porażeń krtaniowych po wycięciu wola w ogólności.

Przejrzawszy pilnie całą dotyczącą literaturę, nie znalazłem żadnéj pracy, któraby szczegółowo rzecz tę traktowała. Tu i owdzie napotkane wzmianki uwzględniłem dla tego, aby dodawszy moje spostrzeżenia stworzyć pewną całość. W ogólności zebrałem 614 przypadków wyłuszczenia wola po większéj części z mniejszych prac statystycznych [1]). Oprócz tego zestawiłem 19 przypadków, dotąd nieogłoszonych, których mi łaskawie udzielili z prawem korzystania pp. prof. Mikulicz z Krakowa 9; prof. Czerny z Heidelberga 5; Baumgärtner z Baden-Baden 4; Riedel z Akwizgranu 1; przypadki posiadające wielką dla mnie wartość, bo były badane naukowo i przez czas dłuższy. Nadto przesłał mi Dr. Knie [2]) z Moskwy broszurę opisującą sześć przez siebie operowanych woli. Z całéj sumy operowanych przypadków było tylko 85 takich, w których objawy zewnętrzne po operacyi zdradzały pewne zaatakowanie krtani; z tych 85 jednak stwierdzono tylko w 40 przypadkach za pomocą wziernika porażenie mięśni krtaniowych; w reszcie przypadków rozpoznanie opierało się jedynie na przypuszczeniu. W przypadkach badanych za pomocą wziernika krtaniowego dużo znalazłem niedokładności opisu, zwłaszcza mało wskazówek, czy porażenia więzadeł były zupełne, lub częściowe, i do których mięśni porażenie się ograniczało. Z powodu tych ogólnikowych podań trudno mi było przeprowadzić ścisły podział przypadków na grupy porażenia oddechowego, głosowego i mięszanego. Mimo to jednak zestawię materyjał cały wedle tego podziału, i przejdę najpierw do porażeń głosowych.

Zaburzenie głosu, począwszy od chrypki aż do zupełnego bezgłosu należy do częstych zjawisk po wyłuszczeniu wola. Przypadków afonii zebrałem 24 na 80 nienormalności w wydawaniu głosu. W ogóle jako przyczynę powyższego objawu wykryto w 30 przypadkach porażenie więzadeł głosowych i to w 27 jednostronne, w 3 zaś obustronne. Porażenie odnosiło się nie tylko do mięśni czynnych przy tworzeniu głosu, z powodu czego więzadła dostatecznie do siebie się nie zbliżały, albo w ogóle wcale się nie poruszały, ale także równocześnie do mięśni czynnych przy oddechaniu

[1]) Auguste Bovet: „Memoire sur le goître enkysté et son traitement chirurgical; (Thèse, Zürich 1864). Dr. Leopold Różycki: Der Kropf and seine Behandlung“ (Dissert. München 1868); Boursier: „De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs du corps thyroïde“ (Thèse, Paris 1880); Brière: „Du traitement chirurgical des goîtres parenchymateux et en particulier de leur extirpation“ (Thèse 1871); Süsskind: „Ueber die Extirpation von Strumen.“ (Dissert. Tübingen 1877); Liebrecht 1883; Kocher 1883; Julliard: „Trente et une extirpation de goître.“ (Revue de chirurgie, Paris 1883); Reverdin J. L. i Reverdin A. „Note sur vingt-deux opérations de goître.“ (Revue médicale de la Suisse romande 1883).

[2]) Oprócz powyższéj pracy: Otczot o mojei hirurgiceskoi dejatelnosti w leczebnice za 1880—1883 god. A. D. Knie. Moskwa 1884.

a nawet mięśni nakrywki krtaniowéj. Nadmienić mi tu trzeba, że zdanie Wölflera, jakoby nakrywka za każdym razem przy porażeniu głosowém także była porażoną, jest nieuzasadnioném, bo zdarza się to, wedle mego zestawienia, tylko wyjątkowo. Nerw krtaniowy górny po większéj części bywa nieuszkodzonym przy operacyi; powstającą zaś dość często po wyłuszczeniu wola trudność w połykaniu, zaledwie kilka dni, a czasem kilka godzin trwającą, policzyć można chyba tylko na karb uszkodzenia małych włókienek nerwu powyższego.

Porażenie mięśni krtaniowych zamykających głośnię było albo zupełne, albo téż częściowe (*paresis, atonia*). Trzeba tu jednak uwzględnić tę okoliczność, czy téż już przed operacyją nie istniały jakie odmiany głosu, i czy mięśnie krtaniowe normalnie działały; przez wyłuszczenie wola bowiem dolegliwości te ustępują albo się zwiększają. Julliard twierdzi wprawdzie, że w razie chrypki polepszenie głosu po wykrojeniu wola nigdy nie nastaje, owszem, że stan się zawsze pogarsza; twierdzenie to jednak nie zgadza się z doświadczeniem, bo objawy znacznéj zadyszki i bezgłosu w skutek porażeń więzadel w wielu razach po operacyi całkiem znikały. Możliwości zaś pogorszenia nie wykluczamy, bo często ze zwyczajnéj chrypki przez wyłuszczenie wola następuje bezdźwięk głosu, a z porażenia niezupełnego wywięzuje się potém zupełne.

Nadzwyczaj zajmującym jest przebieg chrypki powstającéj przez wyłuszczenie wola. Pojawia się ona albo tuż po operacyi albo téż nieco późniéj. Jest przejściową; trwa kilka godzin lub dni. Czasem trwa jednak tygodnie, miesiące, nawet lata. Wyleczenie, jeżeli następuje, może być zupełne; w przypadkach zaś, gdy głos tylko się polepsza, tj. z chrapliwego staje się dźwięczniejszym, zwykle dźwięk dawniéj głosowi właściwy, zmienia się, stając się o kilka tonów niższym. Zależy to zapewne od tego, czy porażenie więzadeł głosowych zupełnie znika, lub czy przy dalszém istnieniu jednostronnego porażenia więzadło drugiéj strony czynność swą tak zwiększa, iż niedobór wyrównywa i przez to powstanie normalnego prawie głosu czyni możliwém. Z niemocą w tworzeniu głosu łączy się często wyżéj wspomniana, przemijająca trudność połykania, a czasem zadyszka, napady tetanii i wiele innych dolegliwości, które niekiedy nawet śmierć sprowadzić mogą.

Przyczyną tych porażeń głosowych jest mniejsze lub większe uszkodzenie nerwu krtaniowego dolnego czyli wstecznego, ale nie jak Michel twierdzi „nerwu krtaniowego górnego“ (Michel de Nancy: *„De l'extirpation complète de la glande thyroïde.“ Gazette hebdomadaire 1873*). Może się to stać w rozmaity sposób. Już Galen wspomina o tém i zwraca uwagę na powyższe niebezpieczeństwo temi słowami: *„quum ergo ex cervice quidem strumas in profundo sitas excideret, ac deinceps resecaret aliquod vas, membranas non specillo caederet, sed unguibus evelleret imprudens ob ignorantiam simul recurrentes nervos distraxit, atque hoc pacto puerulum liberavit a strumis, sed mutum reddidit.“*

W materyjale przezemnie zebranym znalazłem 14 przypadków, w których nerw wsteczny z wszelką pewnością podczas operacyi został przeciętym i to w dwóch razach obustronnie. (Raz równocześnie uszkodzoną została anastomoza nerwu językoruchowego z nerwami karkowemi). W 7 przypadkach dowiodły tego oględziny pośmiertne w innych nerw tak był zrosły z otoczeniem, że trudném było jego odszukanie albo téż oddzielenie. Po rozcięciu pnia nerwu wstecznego następowało w odnośnych przypadkach zupełne porażenie krtani i to zawsze téj strony, która na zranienie była narażoną. Ztąd téż w razie porażenia jedno- lub obustronnego więzadeł głosowych, powstałego tuż po operacyi wola, zawsze uzasadnioném będzie podejrzenie, iż nerw wsteczny albo zraniony albo przecięty został. Nie wyklucza to jednak innych czynników, które podobne zjawiska za sobą pociągać mogą, lecz o tém późniéj! (Dok. nast.)

II. Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych prof. Rosnera.

Sprawozdanie naukowe z ruchu chorych w téjże klinice w ciągu roku szkolnego 1883 i 1884.

Podał Dr. Leon Kopff
asystent kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 43).

5. *Lichen scrophulosorum.* Na chorobę tę leczono w ostatnim roku dwóch mężczyzn i jednę kobietę, razem trzech chorych. U dwóch mężczyzn, z których jeden liczył 17, drugi 23 lat, była cała powierzchnia ciała obsiana drobnemi guzkami, pomięszanemi tu i owdzie, szczególniéj na miejscach słabo włosami okrytych, z krostkami i guziczkami zwykłego trądziku. U obydwóch chorych objawy zołzów były wybitnie rozwinięte. Gruczoły karkowe i podszczękowe mocno obrzmiałe, u jednego z nich ropiejące. Pryszczykowe zapalenie spojówek. U kobiety 25-letniéj guziczki znajdowały się nader nielicznie na podudziach, wewnętrzdéj stronie ud i na odnogach górnych. Obraz zołzów i tutaj był bardzo rozwinięty. Gruczoły karkowe i podszczękowe mocno obrzmiałe, niektóre ropiejące. Pod pachami obrzmienie ich również wybitne. Pod pachą prawą, skutkiem zropienia jednego gruczołu, głęboki wrzód. Podobnież powierzchowne wrzody zołzowe na nodze lewéj, na piersiach i plecach.

Leczenie ograniczało się do stósowania tranu z jodem obok żelaza wewnętrznie, tranu zaś samego zewnętrznie. Chorzy opuścili klinikę wyleczeni zupełnie.

6. *Prurigo.* Na świerzbiączkę leczono siedmiu mężczyzn i cztery kobiety, razem 11 chorych. Chorzy nasi byli wszyscy w wieku między 15 a 40 lat. O przyczynie téj zagadkowéj a uporczywéj choroby nic nie możemy na podstawie wywiadów powiedzieć. Chorzy nasi byli mniéj lub więcéj niedokrewni, zresztą zdrowi. Jedynie tylko świerzbiączka zatruwała im życie.

Żadnego przypadku z powyższych jedenastu nie udało nam się stale wyleczyć. Jedynie tylko w kilku przypadkach świerzbiączki u dzieci niżéj lat pięciu, ambulatoryjnie leczonych, po stósowaniu środków zewnętrznych i wewnętrznych udało nam się zapobiedz nawrotom téj uporczywéj choroby skórnéj.

Leczenie było przeważnie zewnętrzne, a w kilku przypadkach i wewnętrzne. Zwykle używaliśmy w przypadkach więcéj suchéj świerzbiączki maści Wilkinsona (*Rp. Lactis sulfuris, Olei cadini āā* 50.00, *Axung. porcin. Sapon. viridis āā* 100.00). Po 8—12 natarciach chory szedł do kąpieli, i na czas kilkotygodniowy, czasem kilkomiesięczny, był wyleczony. W przypadkach, gdzie na skórze było dużo strupów i króst, polecaliśmy kąpiele codzienne ciepłe, przez jednę do półtoréj godziny trwające, z dodatkiem do każdéj po 500 grm. *Natri carbonici crudi.* Zazwyczaj 15 takich kąpieli usuwało na jakiś czas swędzenie. Wewnętrznie podawaliśmy w paru przypadkach kwas karbolowy w pigułkach.

7. *Lupus*. W klinice stałéj leczono tylko przypadki toczenia zwykłego *(lupus vulgaris)*. Ogółem leczono 31 osób, t. j. 13 mężczyzn i 18 kobiet. Czas leczenia wynosił średnio 47,2 dnia.

Z przypadków tych przypada 16 na *Lupus nasi et labii superioris oris*, 7 na *L. faciei*, 1 na *L. colli, cervicis, auriculi et brachii dextri*, 4 na *L. extremitatum*, 3 na *L. regionis glutaei*. Te trzy ostatnie przypadki dotyczą wyłącznie kobiet. W dwóch przypadkach tocznia nosa i twarzy znaleziono guziczki na błonie śluzowéj podniebienia twardego, w jednym zaś przypadku dość znaczne zniszczenie na podniebieniu twardém, miękkiém, migdałkach i tylnéj ścianie gardziela.

Wiek chorych był różny. Najczęściéj napotykaliśmy chorych w wieku od 16 do 25 lat.

O przyczynie wywołującéj bezpośrednio liszaja żrącego chorzy nie wiele podać umieli. Zazwyczaj przypisywali oni powstanie pierwszych guzków uderzeniu lub zranieniu. Aby choroba ta była dziedziczną, lub aby więcéj członków rodziny na nią cierpiało, nie udało nam się ani razu stwierdzić.

Większa część chorych była skrofuliczną. Objawiało się to obrzmieniem gruczołów, nietylko w okolicy części liszajem zajętéj, daléj dość często nieżytami pryszczykowemi spojówek, przerostem migdałków, a niekiedy i owrzodzeniami zołzowemi skóry. W przypadkach jednak niektórych nie mogliśmy żadną miarą stwierdzić najmniejszych śladów zołzów, ani z wywiadów o przebytych zołzach nic się nam dowiedzieć nie udało. Ludzie ci byli zdrowi zupełnie. Apetyt mieli doskonały, trawili dobrze. W narządach wewnętrznych nie znajdowaliśmy zmian żadnych. W płucach w żadnym przypadku nie znaleziono jakichkolwiek zmian, choćby nawet lekkiego nieżytu w szczytach płuc. Podnoszę to dla tego, że przy obecnéj dążności, aby uważać toczeń za sprawę identyczną z gruźlicą miejscową, obserwacyja kliniczna ma wielkie znaczenie. Bardzo sprzeczném nam się zawsze wydawało przypuszczenie gruźlicy, niekiedy na bardzo rozległéj przestrzeni skóry, wobec doskonalego wyglądania chorych. Tém bardziéj jeszcze nie jasnym jest przebieg tocznia na błonie śluzowéj jamy ust. Wszak wobec panującéj teoryi zaraźliwości gruźlicy, gdyby sprawa nasza nowotworowa była sprawą zupełnie identyczną z gruźlicą, musiałoby przyjść choć kiedykolwiek do samozarażenia i do powstania gruźlicy płuc lub przewodu pokarmowego. Tymczasem w przypadkach przez nas spostrzeganych nie miało to ani razu miejsca. Zresztą, jakże różnym jest przebieg gruźlicy właściwéj na skórze i na błonie śluzowéj ust lub gardła, a tocznia! W jednym przypadku widzieliśmy samoistne wyleczenie z tocznia błony śluzowéj podniebienia twardego i miękkiego, z pozostawieniem tylko promienistéj blizny. Trudno byłoby wytłumaczyć coś podobnego, gdybyśmy przypuścili zupełną identyczność gruźlicy a tocznia zwykłego. Podnosimy to dla tego, że wobec tożsamości laseczników gruźlicy a toczenia z kilku stron stwierdzonych, należałoby przypuszczać, że i przebieg kliniczny obu chorób będzie przynajmniéj zbliżonym.

Za najskuteczniejsze leczenie uważaliśmy zniszczenie i wydalenie guzków nowotworowych [1]). W tym celu posługiwaliśmy się zwykle wyskrobaniem łyżeczką ostrą, a następnie zniszczeniem za pomocą azotanu srebrowego lub potasu żrącego drobniejszych guzków. Po operacyi téj nigdy nie mieliśmy złych następstw. Tém mniéj zdarzyło nam się kiedykolwiek spostrzedz samozarażenie chorego sprawą gruźliczą. W dalszém leczeniu rany powstałéj posługiwaliśmy się ku zupełnemu zadowoleniu 10% maścią jodoformową (*Rp. Jodoformii* 5,00, *Ung. simplicis* 50,00).

W przypadkach, w których dla rozległéj przestrzeni, zajętéj toczniem lub ze względu na umiejscowienie się jego, nie było można przystąpić do wyłyżeczkowania lub zniszczenia chemicznego, posługiwaliśmy się albo samą maścią jodoformową lub téż przylepcem rtęciowym (*Rp. Emplastri mercurial. Emplastr. sapon. āā*). Wewnętrznie podawaliśmy w przypadkach, w ktorych mieliśmy podstawę do przypuszczenia zołzów, tran z jodem (*Rp. Olei jecoris aselli* 200,00, *Iodi puri* 0,15—0,20, *Kalii jodati q. s. ad sol. Jodi S.* Rano i wieczor łyżkę stołową). W przypadkach innych bez podstawy zołzowéj podawaliśmy *Solutio arsenicalis Fowleri* z *Tra malatis ferri āā part. aeq.* po 15 do 20 kropli dziennie.

8. *Rhinoscleroma*. Rzadkiéj téj choroby spostrzegano w klinice trzy przypadki, wszystkie trzy u kobiet. Jeden z nich najciekawszy przedstawionym był przez prof. Rosnera na posiedzeniu Tow. lek. krak i opisany w sprawozdaniu z tegoż posiedzenia (Przegląd Lekarski, 1883, Nr. 6). Pierwszy opisał tę chorobę w r. 1870 Hebra. Tak on, jak Kaposi, Weinlechner, Pitha i Hofmokl uważali ją za objaw kiły, szczególniéj kiły dziedzicznéj. Inni zaś jak Mikulicz, którego zdanie potwierdził i prof. Rosner, są zdania, że choroba ta powstaje zwykle z przyczyny zewnętrznéj, wywołującéj zapalenie chroniczne. Energiczne kauteryzowanie *cum Kali caustico* usunęło złe we wszystkich przypadkach, na jak długo jednak, tego nie mieliśmy sposobności stwierdzić. Znając atoli uporczywość téj choroby, przypuszczamy, że wcześniéj lub późniéj nawrót jéj nastąpić musi.

9. *Scabies*. Na chorobę tę leczono przeważną część przypadków chorób skórnych. W ciągu dwóch lat leczono na świerzb mężczyzn 85, kobiet 70, ogółem chorych 155, czyli więcéj niż połowę wszystkich przypadków skórnych. Najczęściéj leczono w ten sposób, że chorego, przedtém dobrze okąpanego, nacierano mocno na całém ciele maścią Wilkinsona (*Rp. Lactis sulfuris, Olei cadini āā* 50,00, *Saponis viridis, Adipis suill. āā* 100,00 *f. ung.*). Nacieranie to powtarzano przez cztery lub pięć dni z rzędu raz na dzień, poczém chory szedł znów do kąpieli i przywdziawszy czystą bieliznę, opuszczał szpital. Podobnie stosowano *Solutio Vlemingkx*. Chorzy nigdy po tém leczeniu nie doznali nawrotu choroby. Leczenie trwało wprawdzie cztery do pięciu dni, dałoby się jednak skrócić o połowę, gdybyśmy chorego dwa lub trzy razy dziennie nacierali. Takie jednak energiczne nacieranie sprowadza często ostry wyprysk, który potém bez potrzeby przedłuża znacznie leczenie chorego w szpitalu.

W 28 przypadkach stosowano według Kaposiego maść naftalową (*Rp. Naphtholi* β 15.00, *Axung. porci* 100.00, *Saponis viridis* 50,00, *Cretae albae pulv.* 10.00 *f. ung.*) Wynik jednak tego leczenia wcale nie był zadowalającym. Co prawda chorzy w ciągu dwóch najwyżéj trzech dni opuszczali szpital wyleczeni, po dwóch jednak lub trzech tygodniach zawsze powracali. Nawet cztero- i pięcio-razowe natarcia maścią naftalową nie zdołały zniszczyć świerzba a tylko wywoływały reakcyję skóry w postaci nacieków, podobnych do drobnych czeraków. Pochwały, jakie Kaposi oddaje maści naftalowéj, tłumaczymy sobie tém, że w Wiedniu wobec kilku szpitali chorzy z nawrotami choroby nie wracali po dwóch lub trzech tygodniach do tego samego oddziału, gdzie leczeni byli, a w innych uważani byli za powtórnie zarażonych.

[1]) Idziemy tu za zdaniem większéj części anatomów patologicznych i dermatologów i uważamy toczeń za sprawę nowotworową.

10. *Favus.* Strupień woszczynowaty należy do chorób dość między naszą ludnością, szczególniéj starozakonną, rozpowszechnionych. W klinice naszéj jednak leczono na tę chorobę tylko pięciu chorych, mianowicie czterech mężczyzn i jednę kobietę. O przyczynie tego niestosunku wspomnieliśmy we wstępie.

Leczenie polegało na usunięciu strupów napuszczaniem olejku karbolowego 1% i zmywaniu głowy mydłem szarém. Następnie używano jakiegokolwiek środka gubiącego grzybki (*Achorion Schoenleinii*), najczęściéj i z najlepszym skutkiem 5% rozczynu wyskokowego kwasu salicylowego. Postępowanie przytém było następujące: Choremu wyrywano włosy szczypczykami epilacyjnemi, zmywano dwa razy dziennie głowę wyskokiem mydlanym, a następnie nacierano mocno całą skórę głowy wyskokiem salicylowym. Nadto w przypadkach cięższych wcierano w południe pomadę salicylową (*Rp. Acidi salicylici* 5,00, *Ung. emollientis* 50,00, *Olei bergamotti, Olei caryophyll. āā*0,50 *f. ung.*). Po takiém leczeniu chorzy opuszczali zwykle zakład po kilkotygodniowym pobycie, na jakiś czas wyleczeni. Nie wątpimy jednak, że gdyby mieli cierpliwość pozostać w leczeniu kilka miesięcy, to jest przez czas potrzebny do zupełnego wygubienia grzybka i zarodników jego w cebulkach włosowych, wyleczeni byliby zupełnie i stale.

11. *Herpes tonsurans.* Choroby téj grzybkowéj leczono przypadków dziesięć, mianowicie siedmiu mężczyzn i kobiet trzy. Czas leczenia wynosił średnio dziesięć dni. Siedliskiem choroby bywały różne części skóry. Na 10 przypadków 6 razy znajdował się liszaj wyłyszający na skórze szyi, piersi i odnóg górnych, trzy razy na głowie, a raz na odnogach dolnych. Najczęstszą przyczyną było wilgotne mieszkanie. W jednym przypadku według wszelkiego prawdopodobieństwa choroba została przeniesioną z konia za pomocą derki, służącéj zarówno zwierzęciu w dzień, a człowiekowi w nocy, za okrycie.

Leczenie polegało na użyciu środków grzybki niszczących, jak rozczyn sublimatu, kwasu pyrogalusowego, kwasu salicylowego itd. W jednym przypadku rozległych ognisk liszaja wyłyszającego na całéj skórze górnéj połowy ciała, stosowano dla próby na różnych miejscach równocześnie *Tinct. alcoholica acidi pyrogallici* (6%), rozczynu kwasu salicylowego w wyskoku (5%), maści z kwasu pyrogalusowego (5—8%), rozczynu wyskokowego sublimatu (½%) i *Tinct. aether. olei rusci.* Najszybciéj ustąpiły zmiany z miejsc leczonych maścią pyrogalusową, a następnie z miejsc, na które stosowano sublimat.

12. *Pithyriasis versicolor.* Chorobę tę tak częstą a nieszkodliwą skóry leczono u jednego mężczyzny i jednéj kobiety. W obydwóch przypadkach prawie cała skóra była zajęta ogniskami grzybkowemi.

Leczenie polegało na wcieraniu przez dni parę mydła zielonego, które się zostawiało na grubość paru milimetrów. Skoro przyskórek, będący siedliskiem grzybka, zaczął się dobrze złuszczać, chory szedł do kąpieli i wyleczony opuszczał zakład.

II. Choroby weneryczne.

Na choroby weneryczne leczono w ciągu dwóch lat ogółem 491 osób, a mianowicie 241 mężczyzn, a 250 kobiet. Z liczby téj przypada najwięcéj na kiłę, a następnie na rzeżączkę.

1 *Blenorrhoea.* Na rzeżączkę leczono 110 osób: 62 mężczyzn i 48 kobiet. Czas leczenia u mężczyzn wynosił średnio 14, u kobiet 14½ dnia. Nie mogąc polegać na zeznaniach naszych chorych, nie jesteśmy w stanie nic powiedzieć o czasie wylęgania się choroby. Powikłania wystąpiły u 43 chorych. Z tego przypada 26 przypadków na zapalenia przyjądrza i powrózka nasiennego u mężczyzn, jeden przypadek na ropienie gruczołów pachwinowych, pięć przypadków na zapalenie stawów i cztery przypadki na zapalenie gruczołów Bartholiniego. O zapaleniu pęcherza i miedniczek nerkowych, jako powikłaniach rzeżączki, powiemy osobno poniżéj.

Zapalenie przyjądrza występowało zwykle najwcześniéj w drugim tygodniu trwania rzeżączki. Wydarzało się także nierzadko w przebiegu rzeżączki, trwającéj już od kilku tygodni a nawet miesięcy, i mającéj charakter rzeżączki kataralnéj. W takich razach zapalenie przyjądrza występowało nie tak ostro i przebieg jego był o wiele łagodniejszym. Z 26 spostrzeganych przypadków tego powikłania przypada 12 na zapalenie przyjądrza prawego, 7 przyjądrza lewego, 3 obu przyjądrzy, a 4 przypadki na zapalenie przyjądrza i powrózka nasiennego.

W jednym przypadku wystąpiło zapalenie obustronne gruczołów pachwinowych w przebiegu rzeżączki chronicznéj, już od pół roku trwającéj. Chory przypisywał to powikłanie marszom forsownym, które w ostatnich tygodniach przed przybyciem do kliniki odbywać musiał. Gruczoły po obu stronach przeszły w ropienie. Ropnie otworzono i badano ropę z nich pod drobnowidem. Gonokoków nie dostrzeżono. W wydzielinie zaś z cewki przeważnie śluzowéj i wcale miernéj, można było jeszcze znaleźć, choć bardzo nielicznie, jednak zawsze tu i owdzie wyraźne gonokoki Neissera.

Z 5 przypadków gośćca stawowego przypada 4 na mężczyzn, 1 na kobietę z zapaleniem rzeżączkowém pochwy i cewki moczowéj. U mężczyzn w jednym przypadku zajętym był wyłącznie staw kolanowy, w dwóch wyłącznie jeden ze stawów skokowych, w jednym przypadku zaś staw skokowy i kolanowy po stronie lewéj. U kobiety zajętym był tylko staw skokowy.

U mężczyzn rzeżączka miała charakter chroniczny, nieżytowy, długotrwały. Wydzielina była bardzo mierną. U kobiety rzeżączka pochwy i cewki, chociaż trwająca już od trzech tygodni, była przyostrą.

Wszyscy chorzy nasi byli w wieku między 24 a 30 lat.

Zapalenie stawów w naszych przypadkach niczém się nie różniło od zapalenia stawów zwykłego (*Polyarthritis acuta*) o przebiegu łagodnym i bezgorączkowym. We wszystkich pięciu przypadkach wystąpiło ono w porze, w któréj zwykle najwięcéj gościec panuje, to jest na wiosnę i w jesieni. Leczenie rzeżączki i jéj przebieg nie miały najmniejszego wpływu na sprawę zapalną stawów. Zapalenie ustępowało przy stosowaniu zewnętrznem nalewki jodowéj lub pryszczydła i przy podawaniu wewnętrznem kwasu salicylowego, chociaż rzeżączka daléj uporczywie trwała. Mimo to być może, że prawdopodobnie zachodzić musi pewien związek między rzeżączką a zapaleniem stawów. Nie chcemy tutaj rozstrzygać, jakiego rodzaju jest ten związek. Za bezpośrednią zależnością jednéj choroby od drugiéj, przemawiałoby odkrycie Bockardta, który wykazał w naczyniach limfatycznych i krwionośnych gonokoki Neissera. Rozstrzygającém byłoby tutaj bezwątpienia wykazanie gonokoków w cieczy zapalnéj, surowiczéj, w stawach nagromadzonéj. Nie przedsiębraliśmy jednak podobnych doświadczeń,

uważając wypuszczenie cieczy z torebki stawowéj za połączone ze zbyt wielkiém niebezpieczeństwem dla chorego. Neisser we Wrocławiu zaś badał ciecz tę w dwóch przypadkach zapalenia stawów rzeżączkowego, w obydwóch jednak nie udało mu się wykryć gonokoków.

Leczenie rzeżączki zależném było od natężenia zapalenia i od okresów jego, w których chorzy do kliniki przybywali. W ogóle w sprawozdaniu z leczenia możemy rozróżnić trzy główne działy.

I tak: w przypadkach, z wybitnemi objawami zapalnemi, z cieczą wypływającą z cewki moczowéj, ropną, nawet z domieszką krwi, z błoną śluzową mocno obrzmiałą, często bolesną, ograniczano się do leczenia ściśle przeciwzapalnego. Polecano więc choremu spokój w łóżku, dyjetę często mleczną, a wewnętrznie *„ut aliquid fieri videatur,"* podawano *Extractum canabis indicae* z *Extractum hyosciami.* Skoro pierwsze objawy ostrego zapalenia przeminęły, przystępowano do właściwego leczenia, które rozpoczynano od zewnętrznego podawania balsamu kopaiwy lub pieprzu kubebowego. Gdy w wydzielinie, dotąd czysto ropnéj, widoczną była już domieszka śluzu a niezachodziła już żadna obawa, aby wstrzykiwania do cewki mogły wywołać zadrażnienie zbyteczne błony śluzowéj, przystępowano do leczenia zewnętrznego.

Tutaj znakomite usługi oddawał nam rozczyn nadmanganezianu potasowego lub zynkowego. Środek ten można uważać niejako za swoisty w takich przypadkach, będący w stanie w każdym razie przynajmniéj zamienić w ciągu krótkiego bardzo czasu rzeżączkę ostrą w nieżytową. Środek ten, używany tylko kilka dni, usuwał albo w zupełności wydzielinę, lub przynajmniéj zamieniał wydzielinę ropną w śluzową. Jednę tylko ma stronę ujemną. Oto wymaga ścisłéj obserwacyi chorego. Niestósownie użyty lub za długo podawany, niejednokrotnie sprowadzał zadrażnienie szyjki pęcherza z następowém zatrzymaniem moczu. Dlatego téż używaliśmy tylko słabych rozczynów, jak jeden gram na 20,000 a najwyżéj na 10,000 wody. Mimo to jednak musieliśmy go zaniechać w kilku przypadkach, z powodu zbytniéj drażliwości błony śluzowéj cewki moczowéj. Również w kilku przypadkach zdarzyło nam się spostrzegać, że rzeżączka szybko z ropnéj w nieżytową zamieniona, następnie uporczywie się utrzymywała. Czy jednak to należy policzyć do ciemnych stron nadmanganezianu zynkowego i potasowego lub téż może tylko polegało na szczególniejszém usposobieniu chorego, nie chcemy rozstrzygać.

Skoro wydzielina z cewki miała charakter przeważnie śluzowy, zamienialiśmy wstrzykiwania nadmanganeziowych soli na wstrzykiwanie środków ściągających i wysuszających, jako to: *Zincum sulfuricum, plumbum aceticum, tanninum, alumen, zincum sulfuricum, tra Sydenhamii, bismuthum subnitricum etc.* Po takiém leczeniu rzeżączka zwykle najszybciéj ustępowała, a powikłania do rzadkości należały.

Drugą kategoryję przypadków leczonych stanowiły rzeżączki chroniczne, które już jako takie, jako długotrwałe, przy leczeniu ambulatoryjném nie ustępujące, do kliniki stałéj się dostawały. Tutaj rozpoczynaliśmy leczenie odrazu od środków ściągających i wysuszających, zmieniając je tylko często, aby nie przyzwyczajać błony śluzowéj do jednego leku.

Trzecią kategoryję stanowiły rzeżączki nader uporczywe, które miesiącami mimo leczenia się utrzymywały, a znamionowały się wypływem ropnym lub śluzowym w bardzo małéj ilości, szczypaniem w ograniczoném miejscu cewki moczowéj w czasie oddawania moczu. W moczu w takich przypadkach najczęściéj napotykano najładniejsze okazy charakterystycznych nitek tryprowych. Rzeżączka ta uporczywa polegała na zmianach w ograniczoném miejscu błony śluzowéj cewki, zazwyczaj w części jéj opuszkowéj lub błoniastéj. Zmiany te występowały jako zgrubienie, jako przerost błony śluzowéj cewki, w miejscu małém, ograniczoném, lub téż polegały na drobnych wybujałościach uklejowatych także na ograniczoném miejscu błony śluzowéj, lub téż na nielicznych nadżerkach, uporczywie się na jedném miejscu zatrzymujących. Owrzodzeń istotnych w naszych przypadkach nigdy nie widzieliśmy. Przypadki te stanowiły materyjał do endoskopowania. Leczenie ich było różném, stósownie do różnéj przyczyny. Jeżeli badanie endoskopem wykazywało za przyczynę tylko zastoinowe obrzmienie błony śluzowéj lub jéj przerost w miejscu ograniczoném, wprowadzanie ciężkich metalowych zgłębników do pęcherza znakomicie skutkowało. Jeżeli zaś przyczyna uporczywego wypływu tkwiła w miejscowych nadżerkach lub wybujałościach uklejowatych, stósowano miejscowe pędzlowanie tych miejsc rozczynem azotanu srebrowego (1:30 lub 20) za pomocą endoskopu. Po wypaleniu tych miejsc, powtarzającém się co drugi dzień, wypływ bardzo się wzmagał, co było rzeczą naturalną zadrażnienia błony śluzowéj.—Późniéj jednakowo, gdy zadrażnienie ustąpiło, następowało znaczne polepszenie. W żadnym przypadku jednak przez stósowanie leczenia endoskopijnego nie osięgnęliśmy zupełnego wyleczenia. Być może, że przyczyną tego ujemnego wyniku leczniczego było, że chorzy nie chcieli się poddać tak długiemu leczeniu, jakiego ta metoda zdaje się wymagać. (C. d. n.)

III. O skuteczném leczeniu duru brzusznego jodkiem potasu.

Napisał **Dr. Henryk Jeleński** z Działoszyc.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 41).

20. M. J. Gał., kupiec, l. 44, dobrze zbudowany, dość otyły wzrostu więcéj niż średniego. Od dłuższego czasu, może lat kilku, cierpi chroniczny nieżyt oskrzelowy z lekką rozedmą płuca lewego, kaszle, pluje, co lekce sobie waży, bo niby zdrów środkami domowemi usiłuje łagodzić chorobę. D. 7/5 1883, poczuł obok zwykłego kaszlu jakieś dreszczyki z następową gorączką, a skoro domowe środki zawiodły oczekiwanie pomyślnego skutku, wezwano mnie 9/5, ch. 3; przy badaniu znalazłem język grubo obłożony, częste odbijanie, apetytu brak, w dołku podsercowym pełność i niepokój, stolec zaparty, kaszel częsty, plwociny białawe, obfitsze niż zwykle, łatwo wykrztuszane; fizyczne badanie narządu oddechowego nic prócz chronicznego nieżytu oskrzelowego nie wykrywa. C. 38,6°, t. 92, przypady gastryczne przeważają; przepisano *Ammon. muriat. dep.* 4,0:8,0 *Aq. laurocer.* i 200,0 mięszanki, *2horio cochl.* D. 10/5 ch. 4, kaszel nieco łagodniejszy, zresztą zmiany żadnéj. D. 11/5 d. 5, chory żali się na silny ból głowy z zawrotem, szum w uszach, bezsenność z przykremi zwidywaniami, kaszel znacznie zmniejszony, w brzuchu niepokój, w prawém biodrze już przy lekkiém dotykaniu czuje chory bolesne przelewanie, śledziona znacznie powiększona, również nieco i wątroba. C. 39,2, tętno 104; rozwija się d u r b r z u s z n y, podano więc *Acid. muriat. dil.* 4,0:230,0 mięszanki *2horio cochl., externe* zimne okłady. D. 12/5 ch. 6, było kilka wolnych stolców zresztą nic nowego, wszystko kontynuuje. D.

13/5 ch. 7, stan jednaki. D. 14/5, ch. 8go, bezsenność z bredzeniem, zjawia się różyczka durowa, biegunka do 5ciu stolców na dobę, C. 39·8° t. 116, sam chory żali się na znaczne osłabienie; podano *Kali jodat.* 2,0:230,00 *Dcti. r. Alth. 2horio cochl.*, dobre wino 3 razy dziennie, posilna dyjeta, *externe* jak dotąd. D. 15/5, ch. 9go, bez zmiany. D. 16/5 ch. 10go, nieco snu z bredzeniem, stolce dwa, mocz bez białka, C. 39·4°, t. 108, nic więcéj. D. 17, 18 maja, chor. 11, 12, stan chorego powoli się poprawia, śpi lepiéj bez bredzenia, biegunka ustała, c. 39°, t. 100, lek, wino itd. D. 19/5, chor. 13, nic nowego, c. 38·4°, t. 96. D. 20, 21 maja, chor. 14, 15, chory czuje się zdrowszym. C. 37·8, t. 86, pozostaje przy winie i pożywnéj dyjecie; w parę dni nastąpiło ozdrowienie bez żadnych następstw, chory pozostał tylko przy swym nieżycie z lekką rozedmą. Jodku użył 12,00.

21. W. Frankowski bednarz, l. 18, dobrze zbudowany, dotąd dość zdrów, zapadł 24/10 1883 na gorączkę; środki domowe, jak *Ol. ricini* i siarkan chininu zawiodły, wezwany 28/10, ch. 5go, znalazłem silny ból głowy z zawrotem, szum w uszach, bezsenność, lekki rzadki kaszel, narząd trawienia zupełnie ubezwładniony ze zwiększoną śledzioną i bolesnością przy ucisku okolicy prawego biodra, stolców wodnistych kilka na dzień, nieruchliwość i zniedołężnienie chorego. C. 39 6, t. 112, od. 36, wszystko to czyni wrażenie rozpoczynającego się d u r u b r z u s z n e g o. Przepisałem *muriat. dil.* 4,0:230,0 mięszanki, *2horio cochl.*, *externe* jak zwykle *Acid.* zimne okłady. Dwa dni następne bez zmiany. D. 31/10, ch. 8go, znaczne pogorszenie, chory niespokojny, ciągle majaczy i zrywa się z łóżka, rozwija się obfita różyczka, biegunka, do 6 stolców dziennie, ogólnie bardzo osłabiony, c. 40°, t. 120, przepisałem *Kali jodat.* 2,0:200,0 *Dti. sem. lini.*, *2horio cochl.*, 3 razy wino czerwone po dużéj łyżce, posilna dyjeta, zewnątrz jak dotąd. D. 2/11, ch. 10, po poprzednim dniu bez poprawy nieco snu, mniéj majaczenia, stolce tylko dwa, c. 39·5°, t. 110, leczenie kontynuuje. D. 3, 4 listopada, ch. 11, 12, chory znacznie spokojniejszy, bierze lek i wino. D. 5/11, ch. 13, sen bez majaczenia, biegunka ustała, przytomny, c. 39°, t. 104. D. 6, 7 listopada, ch. 14, 15, wyraźna poprawa, c. 38·4°, t. 96, *interne* kontynuuje, *externe* nic. D. 8, 9 listopada, ch. 16, 17, nic szczególnego, c. 37·6°, t. 82, jodek kończy; wkrótce ozdrowiał po użyciu 10,0 jod. potasu.

22. H. Grawer, handlarka, delikatnéj budowy, niskiego wzrostu, dotąd dość zdrowa, od lat 10ciu zamężna, 4 razy rodziła prawidłowo, sama karmiąc wszystkie dzieci, obecnie karmi dziecko 7-miesięczne. Zachorowała niedługo po ozdrowieniu swojego męża z dość ciężkiego duru brzusznego, którego opis wypada mi pominąć dla braku dokładnych notatek. Wezwany d. 29/10 1883, chor. 4, znalazłem niewątpliwe objawy rozpoczynającego się duru brzusznego, a to od zajęcia głowy, piersi i brzucha, tyle razy powyżéj szczegółowo opisanego, c. 39·8°, t. 112, biegunki obfitszéj również nie brakło. Przepisano *Acid. muriat. dil.* i *externe* jak wszędzie i zwykle. D. 31/10, ch. 6go, po poprzednim dniu bez zmiany chora ma się gorzéj, noc bezsenna, majaczy wiele, różyczka się zjawia, biegunka trwa, mocz z białkiem, c. 40°, t. 118, znaczne osłabienie, przepisano jodek potasu w zwykłéj formułce, pożywną dyjetę i zaniechanie karmienia dziecka. W 7mym dniu choroby nic nowego. D. 2, 3 listopada, ch. 8, 9, biegunka wprawdzie ustała, lecz chora bredzi wiele, niespokojna, znaczny upadek sił. Przepisano *Camphor.* 0,30:200,0 mięszanki na przemian z jodkiem co 2 godziny łyżkami wino, posilną dyjetę, a *externe* jak zwykle. W 10 dniu choroby żadnéj nie ma poprawy. D. 5, 6 listopada, ch. 11, 12, chora spokojniejsza, śpi chwilami dobrze, spokojnie bez bredzenia, mocz bez białka, c. 39·6°, t. 112, leczenie bez zmiany. D. 7/11, ch. 13, wyraźna poprawa, tylko osłabienie znaczne, c. 39·2°, t. 106, wszystko kontynuuje. D. 8/4, chor. 14, coraz lepiéj, sen spokojny, nie bredzi, sama chora cieszy się poprawą; bierze sam jodek i wino. D. 9, 10 listopada, ch. 15, 16, c. 39, t. 94, jodek kończy. W tydzień później widziałem osobę tę zupełnie zdrową bez żadnych następstw po użyciu w chorobie 17,0 jodku.

U w a g i e p i k r y t y c z n e.

Po szczegółowym opisie 22 przypadków duru brzusznego wypada koniecznie, celem usprawiedliwienia tak stanowczego mego twierdzenia o skuteczności środka jodowego, jakotéż uporczywego stósowania go w téj pasorzytniczéj chorobie, podać własne zapatrywanie się na tę ze wszech miar ważną sprawę. Ale zbadać daléj musimy, gdzie właściwie szukać mamy naukowego przekonania tak pod względem teoryi jak i praktyki co do terapii duru brzusznego. Nim atoli do objaśnienia tego zadania przystąpię, muszę nadmienić, że wszystkie wnioski, uprzednio w pracy mojéj o korzystném używaniu jodku potasu w durze brzusznym w innych miejscach podawane, obecnie najzupełniéj się sprawdziły: jako to: 1) przebieg choroby regularny, dwutygodniowy, rzadko z nieznacznym okładem czasu, zamiast zwykle czterotygodniowego terminu; 2) stopniowe zmniejszanie się natężenia gorączkowego, wprawdzie pomału lecz statecznie z dnia na dzień; 3) uregulowanie się charakterystycznéj biegunki w kilka dni z uchyleniem zarazem wszelkich boleści brzucha; 4) ani nawrotu ani następstw choroby po leczeniu jodowém spostrzedz nie miałem sposobności; dość rychły powrót do niezamąconego niczém zdrowia, jako dowód, że leczenie jodowe sprowadza kompletną *„restitutio ad integrum;“* 6) odsetka śmiertelności przypadków duru jelitowego, dotąd opisanych, nie może być podaną, skoro w 38 opisanych, a nawiasowo nadmieniam, w 7 dla braku dokładnych notatek nieopisanych, razem w 45 nie było ani jednego przypadku śmierci. Tu zwracam uwagę na porównanie ostatniego wniosku ze statystyką śmiertelności po leczeniu duru jelitowego inną metodą, dla przekonania się, gdzie szukać należy korzystnego skutku. Po tym ustępie wracam do właściwego tematu. A naprzód, chcąc uzasadnić zachwalane skutki terapii jodowéj, trzeba porównawczo zbadać postępowanie lecznicze ze środkami, do tego czasu powszechnie stósowanemi; dopiero wówczas będziem mieli możność jasnego i racyjonalnego wnioskowania o użyteczności metody leczenia duru brzusznego. Przedewszystkiém nasuwa się pytanie, gdzie i na czém wyrosło to rozległe używanie, a nawet nadużywanie ogólnie przyjętéj metody przeciwgorączkowéj, zwłaszcza w chorobach ostrozakaźnych? Na to daje wyraźną odpowiedź przypuszczenie, jakoby apodyktyczne, że gorączka, któréj objaw patognomiczny wykazuje wysokość ciepłoty, tak łatwo dająca się rozpoznać, stanowi jedynie treść i rdzeń chorób ostrych i ostrozakaźnych. Ona więc przedstawia groźbę i niebezpieczeństwo dla organizmu, a gdy z tego właśnie źródła wysokiéj gorączkowéj ciepłoty wylęga się zwyrodnienie tak ważnych narządów, jak serca, wątroby, nerek, itd., wszelka więc egzystencyja musi być zupełnie podkopaną i prawie niemożliwą, a ztąd znów logiczny wniosek, że wynajdowanie środków, mogących obniżać wygórowaną ciepłotę, jedynie potrafi ży-

cie chorych zabezpieczyć. Za środki zaś lecznicze, do dopięcia tego celu przydatne, uważano trzy znane działacze w kierunku antypyretycznym, jakoto: chinin, kwas salicylowy z jego przetworami i hydroterapiję. O istotę samych przyrzutów, czyli o siedlisko patogenetyczne i samą etyjologiję podobnych chorób ani się wówczas pytano; czy metoda antyseptyczna założonego celu dopięła, zobaczymy dalej.

Rozpatrując się bowiem w najnowszym kierunku co do sprawy chorób zakaźnych ze stanowiska teoryi pasorzytniczéj z jednéj, w szczególności zaś w téj klasie chorób, do któréj zaliczamy dur brzuszny, z drugiéj strony, bez trudu przekonać się można, że w praktyce przeciwgorączkowéj racyjonalnego i skutecznego leczenia choroby, o któréj tu mowa, spodziewać się nie należy. Szukajmy objaśnienia co do tego przedmiotu, czy istotnie gorączka z wysoko podniesioną ciepłotą jest główną przyczyną niebezpiecznych objawów, jak nie mniéj zadatkiem wszelkiego rodzaju złych następstw, w zdaniach naszych naukowych powag, a odpowiedź w obecnym czasie nie wypadnie potwierdzającą. Ale dla wyświecenia kwestyi zmuszony jestem odwołać się do znanych autorów nowszych, prof. Senatora (*Untersuchungen über den fieberhaften Process.* p. 169), Gerhardta (*Real-Encyclopädie* B. V, p. 279), prof. Korczyńskiego (Zbiór prac z kliniki lekarskiéj w Krakowie 1884. Zeszyt 10, p. 32), prof. Fraentzla (*Verhandlungen des Congresses für innere Medicin* 1882, p. 107, 108). Najnowszy monografista o durze brzusznym Wernich w Berlinie, kategorycznie i prawie z oburzeniem występuje przeciw twierdzeniu, jakoby wysoka ciepłota sama wywołać mogła zejście niefortunne w durze (*Der Abdominaltyphus* etc. p. 57, 58). Küssner i Pott, profesorowie w Hali, odwołują się w téj materyi do zdania słynnego Griesingera, który twierdził: „Nichts wäre *irriger*, als einfach zu glauben, niedere Temperaturen seien gut, hohe schlimm im Ileotyphus,“ (*Acute Infectionskrankheiten* p. 152), a prof. Strümpell w Lipsku nie uznaje, jakoby zwalczanie podwyższonéj ciepłoty było głównem zadaniem terapii (*Berliner klinische Wochenschrift* 1883, Nr. 19, p. 288). Przytoczone powagi naukowe potrafią nareszcie niejednego z czytelników przekonać, że ciepłota wysoka w gorączce nie grozi tak dalece, zwłaszcza w durze brzusznym chorym katastrofą, jak się dawniéj zdawało i niektórym jeszcze może się zdaje. Ale na tém nie koniec, albowiem jest inna dla organizmu obawa, wysnuta z wygórowanéj ciepłoty a mianowicie, iż sprawiać może zwyrodnienie miąższowe ważnych narządów, bezpośrednio i nieodzownie potrzebnych dla bytu. Atoli jeśli zdań i opinii nowszych pisarzy o téj kwestyi zasięgnąć zechcemy, pokaże się jasno i dowodnie, że tu obecnie zapanowało inne przekonanie i co do owego zwyrodnienia. Otóż Senator dowodzi, że rozpad tkanin występuje, zanim podwyższenie ciepłoty sprawdzić można i że zmiany w tkaninach i gorączka do pewnego stopnia są od siebie niezależne. Podobnego zdania są Strümpell i Aufrecht. Rosenthal w Warszawie (Pamiętnik Tow. lek. warsz. r. 1882, p. 1—42) dowodzi, że wysoka ciepłota nie jest momentem, od którego wszystkie złe następstwa pochodzą. Tym sposobem terapija przeciwgorączkowa *eo ipso* całego pola działania zajmować nie jest w prawie, a nawet w chorobie, o któréj tu mowa, nie jest niczém usprawiedliwioną.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Neubauer: O cholerze na okrętach.

Pettenkofer walcząc przeciw teoryi prątkowéj Kocha, żąda od niéj zadowalającéj odpowiedzi na pytanie: dla czego cholera przydarza się tak uderzająco rzadko na okrętach mimo obecności laseczników przecinkowych i dla czego okręty zachowują się w tym względzie podobnie jak miejscowości bezpieczne od cholery. Neubauer wtajemniczony w sposób życia, jaki się prowadzi na okrętach, podejmuje się odpowiedzi na powyższe pytanie, uwydatniając najprzód tę okoliczność, że największy nawet okręt jest na morzu lub na większéj rzece w stosunku do otaczającéj go wody punktem maleńkim i to wśród najkorzystniejszych warunków higijenicznych. Załoga okrętu żyje ciągle na świeżém i wolném powietrzu, zostającém w ustawicznym ruchu, gdyż wiatr jest zawsze silniejszym na morzu niż równocześnie na lądzie. Nieustanny zaś przewiew wiatru zabezpiecza załogę w wyborny sposób od cholery, gdyż nie dozwala lasecznikowi przecinkowemu uczepić się ani na odzieży, ani téż na ciele. Nadto przychodzi drugi bardzo ważny czynnik w pomoc. Jest nim dostatek wody, który umożliwia utrzymanie najskrupulatniejszéj czystości na okręcie. Codziennie jest pokład znaczną ilością wody najstaranniéj wymytym i wszystkie nieczystości, choćby najdrobniejsze, a tém samém i lasecznik przecinkowy, z pokładu spłukane. Zresztą dokonywają téj czynności także samo fale, spłukując aż nadto często z wielką siłą pokład okrętu. Daléj urządzenie wychodków jest tego rodzaju, że kał dostaje się zaraz do wody na zewnątrz okrętu. A nawet w razie, gdy chory na cholerę jest tak słabym, że nie może łóżka opuścić, to mimo tego jest najzupełniéj zapewniona czystość w kajucie chorego przez natychmiastowe usuwanie oddanego kału, co tém skrupulatniéj bywa uskuteczniane, im większą jest obawa cholery.

Przy téj sposobności wyjaśnia zarazem autor, dla czego epidemija, która wybuchła na okręcie „Westphalia“, płynącym z Hamburga do Nowego Yorku, ograniczyła się tylko do dwóch rodzin. Osoby bowiem, otrzymujące wspólnie mięso, chleb itp, tworzą na okręcie odrębne dla siebie kółko, tak zwane *Backgenossenschaft* i nie wchodzą w styczność z innemi. Otóż właśnie owe dwie rodziny należały do jednego kółka. Podobnie rzecz się miała w wojnie krymskiéj na okręcie „Brytania“, gdzie oficerowie, których dzielił od zwykłych żołnierzy naturalny przedział, t. j. ranga, wolnymi byli od cholery. (*Deutsche medic. Wochensch.*, 1884, Nr. 40).

Dr. Prus.

Badik: O podziale zbrodniarzy na cztery grupy.

Autor zajmuje od lat 10ciu posadę lekarza więziennego w Illawie na Węgrzech. Mając zaś sposobność czynienia spostrzeżeń w jednym z większych zakładów karnych w monarchii podjął szereg mierzeń na czaszkach więźniów, skłoniony do tego radą prof. Benedikta. Zakład Illawski mieści około 600 skazańców z całych Węgier, skazanych na więzienie od lat 10 i wyżéj, takim więc materyjałem rozporządzał autor wśród swoich badań a uzupełnił je 60 do 70 sekcyjami więźniów zmarłych w czasie odsiadywania kary. Trzy rodzaje nieprawidłowości zdołał B. wykazać na czaszkach więźniów żywych a mianowicie: 1. Przypłaszczenie tyłogłowia i zagłębienie w miejscu guza tyłogłowowego. 2. Niesymetryję czaszki, a w skutek tego 3. rozmaite wymiary i rozmaite rozmie-

szczenie otworów, któremi wchodzą naczynia krwionośne do czaszki.

Dla całego szeregu zboczeń w zakresie umysłowym, a mianowicie dla stanów przytłumienia i podniecenia spostrzeganych za życia, znajduje autor dostateczne usprawiedliwienie nietylko w wyliczonych nieprawidłowościach czaszek, lecz także w zmianach mózgów i opon, o których przekonał się przy sekcyjach zwłok skazańców. Na podstawie tych wszystkich dat dzieli zbrodniarzy na cztery grupy, a do pierwszéj z nich zalicza więźniów z małą głową bez zmian w mózgu i w oponach, do drugiéj z czaszką miernych rozmiarów i ze zmianami w mózgu i oponach, do trzeciéj z czaszką niesymetryczną bez zmian w mózgu i oponach a do czwartéj z czaszką niesymetryczną i ze zmianami w mózgu i oponach. Z kolei opisuje B. właściwości zbrodniarzów zaliczonych do poszczególnych grup, i dodaje, że podział ten oparty na podstawie anatomicznéj i patologicznéj zdoła wpłynąć na ustawodawstwo w ten sposób, że lekarz będzie powoływanym przez sądy nietylko celem zbadania przedmiotu zbrodni, lecz także celem orzekania o podmiocie, a według tego orzeczenia będzie dopiero stosowanym wymiar kary. W czterech wyliczonych kategoryjach można ze zmian opisanych wnosić nietylko o stopniu rozwoju umysłowego zbrodniarzy, lecz także o ich właściwościach i pobudkach czynów. (Szkoda tylko, że autor przyjął za podstawę swojego podziału zmiany, o których się zazwyczaj dopiero przy sekcyi przekonać można, a mianowicie zboczenia w oponach i w mózgu, które jak dotąd uchylają się z pod rozpoznania za życia. *Przyp. Sprawozd.*) (*Virchow. Archiv.*, T. 97, Z. II).

Dr. J. Schaitter.

V. Sekcyja okulistyczna na Kongresie międzynarodowym lekarskim w Kopenhadze 1884 r.

Sprawozdanie **Dra B. Wicherkiewicza.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 43).

Po tym zajmującym odczycie przystąpił autor zaraz do drugiego: O zwyrodnieniu skrobiowatém (*degeneratio amyloidea*). Zwyrodnienie to zdarza się tylko rzadko w oku wobec wszelkiego braku skażenia krwi (*dyscrasia*). Chodzi tu o wyłączne nowotwórstwo powiekowe, biorące swój początek często ze spojówki, ale nie rzadko także i z głębszych warstw. Przypadki takie budzą nietylko zajęcie oftalmologa ale i ogólnolekarskie. Guzy skrobiowate oka przekonywają nas, że miejscowo może pojawić się takie zwyrodnienie bez wpływu na cały ustrój. Że choroba ta występuje miejscowo u osób zresztą zdrowych, przemawia przeciwko zapatrywaniom, jakoby istota skrobiowata tylko kosztem krwi powstać mogła i dowodzi zarazem, że chorobowa twórczość znajduje się w miejscu dotkniętém. Doświadczenia kliniczne Raehlmana jako i innych wykazują, że guzy, których tkanka jako istota skrobiowata czułą jest na jodek i kwas siarkowy, mogą przez się albo téż w skutek nieznacznych rękoczynów zniknąć zupełnie przez wessanie. Przypuszczając, że istota skrobiowata nie rozpuszcza się w potażu żrącym, ani téż w większéj części kwasów i że opiera się sztucznemu trawieniu, nie moglibyśmy przypuszczać wessania. Fizyjologowie wyrazili mniemanie, że istota skrobiowata w ciele powstała już z niego nie znika i niewątpliwie pociągnąć może za sobą śmierć osoby dotkniętéj. Możność wessania istoty skrobiowatéj, wykazana na oku, powinna być wielkiéj wagi dla lepszego zrozumienia tego rodzaju zwyrodnienia. Na oku sprawa ta przedstawia się w dwóch postaciach, a mianowicie w jednym przypadku nabrzmienie tkanki może być mierne, guz jest miękki, świecący i łamie się łatwo pomiędzy palcami. Powierzchnia jego ziarnista łatwo krwawi. Krew jest wyraźnie ciemną; jodek nadaje téj tkance barwę ciemno-zielonawą, oddziaływanie jodku i kwasu siarkowego wywołuje barwę niebiesko siną. W innych znowu razach guz jest stały, elastyczny, odporny, na przecięciu słoninkowaty, nieziarnisty. W tych przypadkach jodek sam daje kolor brunatny; jodek z kwasem siarkowym nie wywołuje barwy niebieskiéj ale brudną, szaro-zieloną, zbliżającą się do brunatno-fijoletowéj.

W końcu pokazuje Raehlman odpowiedni szereg mikroskopijnych preparatów zabarwionych.

Czwarte posiedzenie 12 sierpnia (po południu) pod przewodnictwem Schmidt-Rimplera z Marburga.

Sattler z Erlangi wygłasza odczyt pod tytułem: „Ocenienie chorób spojówki według obecnego zapatrywania; istota i lecznicze znaczenie jequirity“. Sattler ubolewa nad tém, że nie ma jednolitości w nomenklaturze, jakotéż w kliniczném ocenieniu chorób spojówkowych. Dokładny podział na tém polu nie jest bez trudności. Przedewszystkiém powinna przeważać przy podziale zasada anatomiczna, lecz mimo wielkiego znaczenia dla patologii chorób spojówkowych badań anatomicznych, nie jest jednak wyłączne przeważanie zasady anatomicznéj bez stron ujemnych. Arlt starał się ustanowić podział według przyczyn chorobowych, ale nie wszędzie zapatrywanie to przyjęło się. Obecnie, gdy nauka o przyczynach chorób z takim badaną jest zapałem, wypadałoby zobaczyć, czy nie można do pewnego stopnia i wobec chorób spojówkowych przeprowadzić téj zasady, a chociażbyśmy nie doszli chwilowo do celu, możnaby przynajmniéj wytknąć drogę przyszłości.

Sattler rozróżnia następujące choroby spojówkowe: 1) Nieżyt spojówkowy i to w rozmaitych postaciach jako stan podrażnienia mechanicznego, chemicznego, termicznego, atmosferycznego, zapalenie gośćcowe Perrina i Dransarta, zapalenie spojówki występujące w okresie wysypki w odrze i płonicy, nakoniec zapalenie spojówki jesienne. 2) Zapalenie spojówki dławcowe (*Conjunctivitis crouposa*), które uważa jako postać zapalenia rzeżączkowego z wysiękiem dławcowym. 3) Zapalenie rzeżączkowe albo ropiaste, odznaczające się tém, że w wydzielinie znajdujemy charakterystyczny zaczynnik zwany *gonococcus*. Zapalenia noszącego znamiona prawdziwéj rzeżączki z pewnością nie wywołuje zaziębienie skażenie krwi, ani zanieczyszczenie wydzieliną niejadowitą pochwy lub téż odpływem połogowym. 4) Zapalenie spojówki dyfteryjne. Czynnik wywołujący to zapalenie nie jest jeszcze znany. Jest on niezawodnie podobnym do tego, który wywołuje dyfteryję przełyku. Od tego cierpienia odłączyć trzeba postacie dyfteryjne rzeżączkowego zapalenia spojówki. 5) Zapalenie spojówki ziarniste (*Conjunctivitis granulosa*), które Sattler dzieli na zapalenie mieszkowe (*follicularis*) i jaglicę (*trachoma*). Obydwie te postacie odznaczają się wytwarzaniem nowych mieszków, które w pierwszéj postaci pozostają powierzchownemi i zdolne są zupełnemu uledz wessaniu, w drugiéj zaś rozszerzają się, zagłębiają i kończą się znacznemi zmianami trwałemi. 6) Zapalenie spojówki pryszczy-

kowe. Wobec różnorodnych objawów, jakie ta postać wywołuje, mianowicie, jeżeli cierpienie powstaje na rogówce, wypadałoby użyć tutaj nazwy ogólnéj a w braku innéj proponuje Sattler nazwę „zapalenia oka zołzowego (*ophthalmia scrophulosa*)“. 7) Zapalenie jekwirytyczne, które tak samo jak jego czynnik jest całkiem charakterystycznêm. Ponieważ względnie bardzo małe ilości tego środka mogą wywołać silne skutki, ponieważ daléj zapalenie poprzedza okres ukryty trwający kilka godzin, przeto przypuścić trzeba działanie jakiegoś zakisu (*fermentu*). Przypuścić tylko można dwie rzeczy: albo zakis ten już istnieje, albo powstaje dopiero pod wpływem żywotnéj czynności mikrobów. Sattler przekonał się, że zapalenia jekwiritycznego nie wywołuje działanie mikrobów, ale zakis (*ferment*) roślinny, który udało się Sattlerowi w październiku z. r. odosobnić. Jestto rzeczą zadziwiającą, że z jednéj strony skuteczność namoku zmniejsza się z rozwojem laseczników, a z drugiéj strony hodowane laseczniki wprowadzone do worka spojówkowego wywołać mogą zapalenie spojówki daleko mniéj silne od zapalenia jekwirytycznego, ale do niego zupełnie podobne lecz bezsprzecznie odróżniające się od zapaleń wywołanych na drodze mechanicznéj albo chemicznéj. I ono także posiada okres miejscowy i rozwija się głównie we worku spojówkowym, gdzie nasięk opisany, twardy, szarobiaławy albo białożółtawy, trwa przez 3 do 4 dni. Zapalenie to najzupełniéj równa się zapaleniu wywołanemu namokiem albo téż nalewem jekwirytycznym w jakikolwiek sposób osłabionym. Nalewy grochu lub siana nie wytwarzają nigdy tak wyraźnego działania, a inne płyny rozkładające się nie mają tego wpływu wcale.

Następnie mówi Sattler o leczniczéj wartości jekwiryty. Obecnie można ją już lepiéj ocenić, liczba atoli przeciwników tego środka jest jeszcze znaczną. Rozmaitość zapatrywań pod tym względem zachodzącą łatwo wytłumaczyć têm, że pierwsza praca Weckera, ogłoszona w czasie, kiedy nie można było jeszcze należycie ocenić wskazówek i sposobów zastosowania, wywołała nadzieje, które dotychczas się nie urzeczywistniły; to zaś wywołało nieufność u wielu badaczy a nawet otwarte nieprzychylne wystąpienie przeciw nowemu środkowi. Ale i inne jeszcze okoliczności przyczyniają się do powstania powyższych sprzecznych zapatrywań, a są niemi różnica, jaka zachodzi między ziarnami, a daléj siedlisko choroby. Sprawa jaglicy różni się nadzwyczajnie w rozmaitych okresach, a daléj i w postaciach choroby. Jakże więc można spodziewać się znaleźć środek, któryby dał się we wszystkich zastosować przypadkach. Potrącając o niebezpieczeństwo, na jakie narażoną jest rogówka w zapaleniu jekwirytycznêm, nadmienia Sattler, że rogówka zawsze w dolnéj części staje się mętną, skoro tylko zapalenie jekwirytyczne do pewnego dojdzie stopnia; objaw ten atoli znika z rozwojem sprawy. Zdaje się jednakże, że właśnie wzmożenie się zaćmienia rogówki i nastrzyknięcia naczyń usuwa têm łatwiéj łuszczkę jaglicową. Zastosowanie nowego czynnika leczniczego nie jest więc ani zupełnie łatwêm, ani téż niewinnêm.

Dotykając następnie wskazania i sposobów używania środka, podnosi Sattler przedewszystkiém następujące okoliczności. Jekwirity jest przeciwwskazanêm: 1) W przewlekłéj rzeżączce i w zapaleniu jaglicowêm z nadzwyczaj silnêm nabrzmieniem błony, przerostem brodawek i z wydzieliną mniéj lub więcéj silną. 2) W zapaleniu mieszkowêm i w świeżych przypadkach zapalenia ziarnistego. 3) Jekwiryty wywiera skutek niepewny i powinno być dla tego użyte przezornie w postaciach przewlekłych z wydzieliną nieznaczną, z łuszczką lub bez niéj. 4) Skutek nawet zadziwiająco korzystny objawia się przeważnie w tych przypadkach zastarzałych, gdzie spojówka jest blada, pokryta twardą, żółtawą, mniéj lub więcéj wystającą ziarniną; tutajto widzi się jak ziarnina wraz z towarzyszącą jéj łuszczką powoli znika. Dzielność jekwirity okazuje się mianowicie w tych przypadkach, gdzie spojówka jest bliznami przerosła, a rogówka pokryta grubą łuszczką.

Co do sposobu zastosowania środka, to trzeba śledzić pilnie, jak oddziaływa nań spojówka. Jeżeli oddziaływanie jest prędkie, nie wcześniéj środek ten zastosować powtórnie wypada, aż się nie przekonamy o skuteczności pierwszego zastosowania. W każdym razie nie przed upływem 24 lub 48 godzin. Tylko w zastarzałych przypadkach trzeba kilkorazowego zastosowania środka w ciągu kilku dni. Zresztą nieraz o têm przekonać się można, że wessanie ziarniny i łuszczki robi ciągłe postępy w ogóle bez dalszego leczenia, albo przy następnêm przyżeganiu odpowiedniemi środkami. Postacie zapalenia, w których spojówka jest nabrzękłą i wydzielającą, można przez zastosowanie środków ściągających przygotować do leczenia jekwirytycznego. A i wycinaniom zmarszczek spojówkowych zajętych ziarniną nie odmawia Sattler obok jekwirity pewnego uprawnienia. (C. d. n.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* **Cholera** wygasa powoli i we Włoszech, natomiast zastraszającą jest wiadomość, podana w dniach ostatnich, o pojawieniu się zarazy na wybrzeżu północno-zachodniém Francyi w pobliżu miasta Rouen, a têm samém w niewielkiéj odległości od Paryża.

S t a t y s t y k a epidemij. W tygodniu od 12—18 października umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 24,5. Z ospy umarło 2 (0 z. t.); z płonicy 4 (8 z. t.); z błonicy 4 (1 z. t.); z duru brzusznego 0 (1 z. t.); z róży 0 (1 z. t.); z gorączki połogowéj 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku ospy, 6 odry, 10 płonicy, 1 błonicy, 3 krztuśca, 3 duru brzusznego, 2 duru osutkowego (ze wsi). W tygodniu od 5—11 października umarło w Londynie z ospy 9, świeżo zapadło 69, leczyło się w szpitalach 520. W Genewie, Rzymie, Murcyi umarło z ospy po 1, w Paryżu, Odesie i Madrycie umarło po 2, w Warszawie 2, w Lizbonie 6, w Pradze 8, w Madrasie (od 23—29 sierpnia) 8. Z duru osutkowego umarło w Palmie 1. Z cholery umarło w Kalkucie, Madrasie od 24—30 sierpnia 2 względnie 30, w Bombayu od 3—9 września 16. W Rio de Janeiro z febry żółtéj 6, w Bostonie od 14—20 września 1.

S t a t y s t y k a śmiertelności. W tygodniu od 5—11 października umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 33,4; w Warszawie 36,6; w Poznaniu 21,8; w Wiedniu 21,6; w Budapeszcie 22,1; w Pradze 24,0; w Berlinie 25,8; w Hamburgu 26,7; w Gdańsku 22,7; w Monachowie 27,1; w Dreźnie 16,7; w Lipsku 19,6; w Bazylei 15,5; w Brukseli 19,7; w Amsterdamie 25,3; w Hadze 22,2; w Paryżu 20,8; w Londynie 17,5; w Kopenhadze 24,1; w Stokholmie 24,9; w Chrystyjanii 16,4; w Petersburgu 20,5; w Odesie 30,0; w Rzymie 20,9; w Wenecyi 19,3; w Bukareszcie 20,8; w Madrycie 29,2; w Lizbonie 28,9; w Aleksandryi 36,5; w Nowym Yorku 32,9; w Filadelfii 19,1; w Bombayu 30,5; w Madrasie 42,3.

J. B.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 29 października. Na dzisiejszém posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego Dr. T r z e b i c k y przedstawił niewiastę operowaną w klinice prof. M i k u l i c z a z powodu raka gardziela

i okazał część wyciętą gardziela, poczém Dr. Kwieciński z Oświęcimia opisał przypadek wycięcia jelita wykonanego w praktyce prywatnéj z rezultatem nader pomyślnym, a wreszcie prof. Obaliński mówił o 6 laparotomijach przez siebie uskutecznionych z powodu niedrożności jelit.

* Uroczystość Szokalskiego. *Kur. Warsz.* pisze co następuje:

„Niezwykle podniosły i uroczysty zaiste charakter miała wczorajsza owacyja dla nestora lekarzy warszawskich, znakomitego okulisty, uczonego i pełnego trwałych zasług obywatela, prof. Dra Szokalskiego. Inaugurujące ją posiedzenie w Towarzystwie lekarskiém rozpoczęło się o godzinie 7méj wieczorem. Wielka sala przyozdobiona uwieńczonym portretem jubilata zaledwie mogła pomieścić wszystkich pragnących uściskać spracowaną dłoń Szokalskiego. Czcigodny starzec ledwie mógł powstrzymać opanowujące go głębokie wzruszenie. Rzecz zagaił prezes Towarzystwa, Dr. Orłowski, poczém Dr. Zygmunt Kramsztyk w świetném półgodzinném przemówieniu z pamięci rozebrał krytycznie działalność naukową jubilata, rzucając na nią oryginalne, nowe światło i wnikając w treść prac jego licznych. Teraz wystąpiły deputacyje z adresami i listami. Imieniem poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół nauk przemawiał Dr. Kapiński z Poznania. W imieniu Akademii Umiejętności krakowskiéj Dr. Hoyer, Towarzystwa lekarzy krakowskich Dr. Dobrzycki, lubelskich Dr. Janiszewski, kaliskich Dr. Drozdowski, redakcyi „Gazety Lekarskiéj“ Dr. Gajkiewicz, „Medycyny“ Dr. Dobrzycki, „Książki jubileuszowéj“ Dr. Talko, „Pamiętnika fizyjograficznego“ prof. Jurkiewicz, Towarzystwa farmaceutycznego p. Mutniański. Delegat Towarzystwa lekarzy lwowskich złożył telegram z podpisem protomedyka Galicyi Dra Biesiadeckiego. W końcu Drowie Orłowski i Talko odczytali około 50 telegramów z różnych miast kraju i zagranicy nadesłanych. Były więc telegramy: z Łodzi, Łęczycy, Piotrkowa, Suwałk, Siedlec, Kielc, Radomia, Lwowa, Krakowa, Poznania, Wilna, Pragi czeskiéj (5), Petersburga (2), Moskwy (3), Florencyi, Turynu, Lyonu, Paryża, Bordeaux, Berlina i Heidelberga. Nie brakło nawet depesz z New-Yorku i Bostonu! Tu nadmienić winniśmy, iż Towarzystwo lekarskie wileńskie i farmaceutyczne warszawskie przysłały jubilatowi dyplomy na członka honorowego. „Gazeta Lekarska“ poświęciła Szokalskiemu oddzielny świąteczny numer. Po podniosłym akcie w Towarzystwie lekarskiém zgromadzeni przenieśli się do resursy obywatelskiéj. U biesiadnego stołu do skromnéj uczty zasiadło 200 osób. Zebranie przybrało serdeczny, ujmujący charakter. Pierwszy toast wzniósł Dr. Orłowski, poczém zabierali głos: Dr. Hoyer, b. dziekan Aleksandrowicz, Dr. Kapuściński, Dr. Stiche (wierszem) i inni. Pamiętną na długo chwilę uwieńczono pięknym zaiste czynem... Zebrani idąc za inicyjatywą Dra Hoyera zebrali na stypendyjum imienia Szokalskiego 2,000 rs. Fundusz ten, jak nas zapewniają, jeszcze znacznie wzrośnie. Hołd człowiekowi, który takie dla się poszanowanie i miłość taką zdobyć potrafił — dank tym, co godnie jego święto uczcili!“

Podczas wręczenia książki pamiątkowéj Dr. Talko przemówił jak następuje:

„Odczytają Ci, czcigodny Jubilacie, adresy przysłane z różnych stron kraju i zagranicy, zdobią skroń Twoją wieńcem zasług naukowych i obywatelskich; jedną z najmilszych jednak, o ile wiem, oznak uznania jest dla Ciebie dyplom téj *Almae matris*, gdzie spędziłeś na studyjach młode swe lata. Mamy nadzieję, że nie mniéj miłą Ci będzie wiadomość, iż okuliści polscy łączą się z ogólnym chórem czci i uznania, które Ci niesie kraj cały i uczeni zagraniczni, darząc Cię zaszczytném mianem Ojca okulistyki polskiéj, oraz składając przez ręce moje zbiorową swą pracę w postaci księgi jubileuszowéj. Przyjm ją zacny Jubilacie takiém sercem, z jakiém wszyscy udział w niéj biorący Ci ją ofiarowują. Urzeczywistniając ten miły dla nas wszystkich obowiązek, staraliśmy się, o ile nas na to stać było, aby godnie odpowiedzieć złotym Twoim słowem, wypowiedzianym w życiorysie nieśmiertelnego Jędrzeja: „Kształćmy rodzimego ducha obserwacyi i budźmy zaufanie do własnéj nauki“.

W książce jubileuszowéj która właśnie opuściła prasę, przyjęli udział następujący koledzy: Talko, Rumszewicz, Schöbl (prof. okulistyki w Pradze czeskiéj), Kramsztyk, Rydel, Szadek, Gałęzowski, Łasiński, Winawer, Cywiński, Downar, Hoene, Fijałkowski, Wicherkiewicz, Mikucki, Kamocki, Kępiński, Piaszczyński, Przybylski, Blumenstok i Machek.

Jubileusz udał się świetnie; uderzającą tylko było rzeczą, że Uniwersytet warszawski nie wysłał delegata ani nie przesłał swych życzeń Jubilatowi, podczas gdy Akademija petersburska, Uniwersytety w Moskwie i Kijowie przysyłały życzenia swe telegraficznie. Również zwróciło uwagę wszystkich, że podczas gdy prof. Walther był obecnym na posiedzeniu uroczystém, jeden z okulistów warszawskich nie uznał za potrzebne przybyć.

Niezadługo wyjdzie z druku nowe dzieło prof. Szokalskiego p. t. „Początek i rozwój umysłowości w przyrodzie“.

* Ponieważ w skutek zeszłorocznéj odezwy komendy 1go korpusu ces. austr. armii zgłosiło się na przypadek wojny zaledwie 50 lekarzy z gotowością do pełnienia służby w zakładach wojskowych, ponieważ następnie z tych 50 największa część oświadczyła się z chęcią służenia w razie wojny w miejscu pomieszkania, gdy wreszcie w miastach większych Galicyi zachodniéj, gdzie właśnie stałe zakłady sanitarne są projektowane, w Krakowie, Jarosławiu, Bochni i Oświęcimiu, nikt się nie zgłosił, komenda apeluje do patryjotyzmu lekarzy cywilnych i ponownie wzywa ich do zgłoszenia się jak najrychlejszego, dodając, że wynagrodzenie najwyższe wynosi dla lekarza 8 zlr., a dla chirurga 5 zlr. dziennie.

* Wierna swemu chwalebnemu zwyczajowi, aby z początkiem każdego roku szkolnego występować z obelgami nieuzasadnionemi przeciw uniwersytetom austryjackim, w których język niemiecki nie jest wykładowym, redakcyja tygodnika *W. med. Woch.* i tym razem obiera sobie nasamprzód za kozła ofiarnego Wydział lekarski czeski; wychwalając nowo powołanego prof. anatomii opisowéj w Wydziale niemieckim w Pradze, a przy téj sposobności podnosząc pod niebiosa proff. Chiarego i Soykę, roni łzy krokodyle nad obfitym materyjałem, oddanym na pastwę Wydziału czeskiego, a który ginie bez pożytku dla nauki. Pojmujemy gniew szan. koleżanki wiedeńskiéj, gniew całkiem słuszny, jeżeli się zważy, że ów Wydział niemiecki, pierwszorzędny wedle jéj orzeczenia, liczy uczniów o wiele mniéj aniżeli Wydział czeski. A jednak według jéj zapewnienia od czasu założenia ostatniego młodzież z Czech i Morawy tłumnie udaje się do Wiednia, a to z powodu, że nie ma odwagi zapisać się na Wydział niemiecki w Pradze. Dziwna zaprawdę loika! Jeżeli Wydział czeski jest przepełniony a niemiecki w Pradze pusty, to przecież dowodzi to tylko, że Niemcy z Czech i Morawy zapisują się w Wiedniu, że więc Wydział niemiecki w Pradze podupada, a nie wchodzimy, z jakich powodów. Zapewnia daléj szan. koleżanka, że na Wydział lekarski w Wiedniu w tym roku więcéj zapisało się uczniów aniżeli w przeszłym i ztąd wnosi, że frekwencyja w uniwersytetach „narodowych“ jest szczupłą. Znów dziwne wnioskowanie. Wszak przybytek w Wiedniu nie dowodzi wcale ubytku słuchaczów na prowincyi, a że rzecz się ma odwrotnie, dowodzą cyfry urzędowe, świadczące o niezwykłym przyroście w uniwersytetach polskich i czeskim. Tak w Pradze uczęszcza na medycynę 1004 uczniów, z któréj to liczby przypada na Wydział niemiecki 400, na czeski 604, a co ważniejsza w roku bieżącym zapisało się na 1 rok medycyny w Wydziale niem. 100 uczniów, w czeskim zaś 236. Na Uniwersytet Jagielloński zapisało się dotąd 900 słuchaczów; jest to cyfra najwyższa, jaką dotąd miała nasza wszechnica, bo przed 10 laty było zaledwie 593, a przed 20 327 słuchaczów. Z liczby 900 uczniów przypada 400 na Wydział prawniczy a 330 na lekarski. Otóż to owa „szczupła frekwencyja w uniwersytetach narodowych“!

* **Praga czeska.** Prof. fizyjologii Tomsa rozpoczął wykłady swoje w Wydziale czeskim od pięknego poglądu na pojęcie i istotę siły żywotnéj.

Wyszedł kalendarz lekarzy czeskich na r. 1885, ozdobiony podobizną docenta Dra Spotta.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Grac.** Docent prywatny Dr. Haberlandt mianowany został prof. nadzw. botaniki, a Dr. Bleichsteiner potwierdzony został jako docent prywatny dentystyki. — **Berlin.** Powołanie Kocha na profesora zwyczajnego higijeny ma niebawem nastąpić. — **Gryfija.** Prof. anatomii patolog. Grohe zaniemógł ciężko; jako zastępca powołany został asystent Virchowa Dr. Grawitz z Berlina. — **Wiedeń.**

Asystent prof. Meynerta Dr. baron Pfungen habilitował się jako docent psychijatryi.

* **Nekrologija**. W Budapeszcie umarł Dr. Jan Bokai, profesor pedyjatryi. Urodzony w r. 1822 otrzymał w r. 1847 dyplom doktora, a od r. 1849 był prymaryjuszem w szpitalu dzieci; w r. 1873 mianowany został profesorem pedyjatryi; napisał on liczne rozprawy w języku ojczystym i niemieckim.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 43: Maszkowskiego: Przypadek naturalnego doświadczalnego drażnienia nn. błędnych na szyi u człowieka; Meyersona: O niespodzianém znajdowaniu ciał obcych w nosie u dzieci. — *Gazety Lekarskiéj* Nr. 43 cały jest poświęcony prof. Szokalskiemu, a w szczególności zawiera: mowę Dra Kramsztyka p. t. Rzut oka na naukową działalność prof. S., daléj Streszczenie niektórych jego dawniejszych rozpraw przez Kramsztyka, oraz wiadomości biblijograficzne.

* **Kraków** d. 31 października. Przed zamknięciem Nru dowiadujemy się z prawdziwą przyjemnością, że szefem sanitarnym 1go korpusu armii w Krakowie mianowany został starszy lekarz sztabowy Dr. Rudolf Trzebicky, dotychczasowy kierownik szpitala garnizonowego w Zagrzebiu. Dr. T. przez długi czas przebywał w Krakowie i we Lwowie i wszędzie pozostawił po sobie najmilsze wspomnienia.

Redakcyja otrzymała:

BIRCH-HIRSCHFELD: Wykład anatomii patologicznéj. Część ogólna. Z 2go wydania przełożył Dr. Wacław Mayzel, Warszawa 1884, in 8vo m. str. 338 z 118 drzeworytami w tekscie. Cena rs. 2.

Dr. W. JAWORSKI: Practische Bemerkungen über die Sondirung des Intestinalcanals in der ärztl. Praxis. (Osobne odbicie z „Zeitschr. f. Therap." 1884) in 8vo str. 4.

Dr. M. ZIELENIEWSKI: Treść zasad hydroterapii z dołączeniem opisu ojczystych zakładów wodoleczniczych. (Odbitka z „Medycyny.") Warszawa 1884, in 8vo str. 31.

Piśmiennictwo lekarskie. KEHRER F. A. Beitr. z. klin. u. experim. Geburtskunde u. Gynaecologie. 2. Bd. Hft. Mit 1 Taf. 8. Giessen, Roth. M. 4.—; (I. u. II. 2.: M. 32. 50).

KOLACZEK J. Grundriss der Chirurgie. Allgem. Thl. Mit 104 Abb. 8. Berlin, Th. Fischer. M. 15.

KORNFELD H. Handbuch der gerichtlichen Medicin in Beziehung zu der Gesetzgebung Deutschlands u. d. Auslandes. Mit 50 Holzschn. 8. Stuttgart, Enke. M. 10.

LAHS. Vorträge und Abhandlungen zur Tokologie und Gynäkologie. Mit 4 Taf. 8. Marburg, Elwert's Verl. M. 3.

LASÈGUE Ch. Etudes médicales. 2 vols. Paris, Asselin et Co. Fr. 25.

LEROY Ch. Le choléra et les maladies épidémiques. 18. Paris, Michelet. 60 c.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. B. w L. Rozprawkę otrzymaliśmy i umieścimy; prosimy jednak o cierpliwość, ponieważ znaczny napływ prac nie dozwala nam uczynić zadosyć życzeniu szan. współpracowników i własnemu co do szybkiego umieszczania nadsyłanych artykułów.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego.

W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 8 listopada 1884. **№ 45.** Rok XXIII.

I. Z kliniki ambulatoryjnéj prof. Dra Jurasza w Heidelbergu.

O porażeniach mięśni krtani po wyłuszczeniu wola.

Napisał Franciszek Jankowski, Drd. med.

(Dokończenie. Patrz Nr. 44).

W przypadkach, gdy tylko pewne małe odnogi nerwu zraniono lub przekrojono, porażenie było niezupełném bo ocalały jeszcze gałązki nerwu, zasilające pewne mięśnie głosowe. Ztąd przypadki częściowego porażenia, daléj wątłości więzadeł itd.

Skutki wywołane rozcięciem nerwu następują także po jego podwiązaniu, co się zwłaszcza wtedy wydarzyć może, gdy operacyja połączona jest z wielkiemi trudnościami i ze znacznym lub wielostronnym krwotokiem, zmuszającym do założenia wielu ligatur. Nic dziwnego wtenczas, że nerw wraz z tętnicą pochwycony, podwiązanym, a potém może przeciętym zostaje; oprócz 4 przypadków, w których podwiązanie sprawdzoném zostało, zebrałem kilka innych, gdzie sami autorowie możliwości wypadku takiego nie zaprzeczali.

Ważnemi téż przyczynami powstających przez wyłuszczenie wola porażeń mięśni krtaniowych bywają: nadciągnięcie nerwu, połączone nieraz z rozdarciem małych gałązek, daléj znaczny ucisk nerwu śród tamowania krwi, obnażenie nerwu przez nasięki lub wybroczyny, wreszcie zapalenie w nerwie samym, lub zapalenie całéj krtani.

Przyczyny te mogą się często zdarzać, bo częstém bywa zrośnienie nerwu z otoczeniem, albo z samym nowotworem, przyczém wymienione uszkodzenia nerwu mogą być prostém następstwem rękoczynu. Porażenie ztąd wynikające może przeminąć, i dawna mięśni działalność powrócić, jeżeli zmiany chorobowe w nerwie ustępują i czynność jego staje się prawidłową. Co do zapalenia krtani, które po wyłuszczeniu wola sprawia atoniję lub niezupełne porażenie więzadeł głosowych, to wiadomém jest, iż ono niewątpliwie z takiemi następstwami zdarzać się może. Wszakże powierzchowne uszkodzenie szyi bywa nieraz powodem podobnych zjawisk. Hopper („*Concussion of the larynx*“ *Archiv of laryngol.* 1881) przytacza przypadek, w którym w skutek uderzenia tępém narzędziem w szyję powstało nabrzmienie, bezgłos i trudność połykania. Wyzdrowienie nastąpiło w 8 tygodni, a cała choroba przedstawiała bieg nieżytowego zapalenia tchawicy, obok stwierdzonéj wziernikiem wątłości więzadeł głosowych, objawy zupełnie podobne do tych, które często znajdujemy po wyłuszczeniu wola.

Przypuszczenie Riedla „*Kropfexstirpation, Recurrenslaehmung durch Carbollösung,*“ *Centralblatt für die med. Wissenschaften* 1882), jakoby kwas karbolowy mógł wywołać porażenie mięśni krtaniowych, zdaje mi się być nieprawdopodobném; bo pomijając tę okoliczność, iż Bardeleben („*Ueber Kropfexstirpation*“ *XII Berliner Chirurgen-Congress* 1883) o podobnéj właściwości karbolu z zastrzeżeniem tylko wspomina, zaznaczyć mi wypada, iż nie mamy dotąd żadnych pewnych podstaw, aby można taki wpływ przypisywać karbolowi. Zresztą w przypadku Riedla rękoczyn był nadzwyczaj trudny, trwał długo, nerwy były uszkodzone, a uszkodzenie było tego rodzaju, że mogło wywołać porażenie.

Mówiliśmy dotąd o przypadkach, w których bezpośrednio po wycięciu wola następują porażenia skutkiem operacyi saméj. Przyczyny tych porażeń można zwykle z mniejszą lub większą pewnością stwierdzić, lub w sposób zrozumiały i naturalny wytłumaczyć. Zdarzyć się jednak mogą przypadki, w których zbadanie przyczyn porażenia wielkie napotyka trudności. I tak operacyja udaje się najzupełniéj, dolegliwości wynikające z nowotworu ustępują, rana się goi i chory odzyskuje zupełnie zdrowie. Atoli po pewnym czasie rozwija się powoli niemoc w czynnościach mięśni i krtani, która się wzmaga i przechodzi w porażenie. Czasem i tu jeszcze rozwój i przyczyny porażenia wyświecić można, jeżeli się uda stwierdzić, iż nerw uległ zwyrodnieniu skutkiem nacisku blizny, albo rozrostu jéj w okolicach nerwu. Że to zdarzyć

się może, dowodzą spostrzeżenia Julliarda i Martina[1]), z których się dowiadujemy, że dość długo po rękoczynie u zupełnie zdrowych naraz pojawiło się porażenie i bezgłos. Potwierdzają to w jednym przypadku nawet oględziny pośmiertne u choréj, operowanéj przez Billrotha (Weiss *„Ueber Tetanie“ Sammlung klinischer Vorträge* Nr. 189), u któréj z czasem na miejscu operacyjném rozwinęła się taka ilość tkanki łącznéj pod skórą, a blizna sama była tak twardą, ucisk zaś na otoczenie i na nerw tak wielkim, że przyczyna porażenia była jasną. Ale mimo to nierzadkiemi są przypadki, w których wytłumaczenie porażenia jest niemożliwém i w których może tajemnicze właściwości dotąd niezbadanego fizyjologicznie gruczołu tarczykowego ważną odgrywają rolę. Wiemy bowiem, jak ważne i zgubne nieraz a niedocieczone skutki w życiu organiczném człowieka wywiera wyłuszczenie tego gruczołu. Toć znane są przypadki śmierci po wyłuszczeniu wola, w których ścisła obdukcyja najmniejszych przyczyn zgonu wykryć nie zdołała; znane są smutne skutki, które czasem operacyja ta wywołuje w systemie nerwowym.

Pod względem rokowania porażenia więzadeł głosowych nic pewnego powiedzieć nie można. Badania podjęte w tym kierunku są niedokładne i ograniczają się zwykle tylko do przebiegu niemocy w tworzeniu głosu, pomijając samo porażenie. Na podstawie jednak kilku dokładniéj obserwowanych przypadków tyle można twierdzić, że porażenia głosowe albo znikają zupełnie, i czynność nerwu staje się prawidłową, albo téż porażenie trwa daléj, a głos małéj lub żadnéj nie ulega zmianie. Zaznaczyć jednak należy, że polepszenie w tworzeniu głosu nie jest koniecznie zawisłém od ustąpienia porażenia, ale że może nastąpić skutkiem kompenzacyi czyli spotęgowanéj czynności mięśni zdrowych.—Rokowanie zawisłém jest w ogóle od indywidualności każdego przypadku i od natury choroby. Porażenie wywołane mniejszym naciskiem, rozciąganiem nerwu, łatwiéj ustąpić może niż w przypadkach zapalenia włókien nerwowych, w których choroba się przedłuża i porażenie dopiero po usunięciu stanu chorobowego znika. Wątpliwszém jest rokowanie, gdy nerw rozciętym bywa, chociaż i tu wyzdrowienie nastąpić może. Prof. Mosetig (*„Drei Kropfexstirpationen.“ Wiener med. Wochenschrift* 1881) podaje np., że u choréj w końcu listopada wyciął podczas wyłuszczenia wola 4 cm. lewego nerwu wstecznego, w skutek czego nastąpił natychmiast bezgłos i zupełne porażenie więzadła głosowego, w lutym zaś chora dźwięcznie i głośno mówić już mogła. Prof. Schönborn po obustronném przecięciu nerwu wstecznego po miesiącu doczekał się wydrowienia. U operowanego przez prof. Czernego Filipa L. (Falkson *„Zwei Fälle von Tetanie nach Kropfexstirpation“ Berliner klinische Wochenschrift* 1881) pojawiła się nagle afonija. Badałem sam chorego wziernikiem i znalazłem zupełne porażenie lewego więzadła, po 4 tygodniach nie było już ani śladu porażenia, chociaż Czerny w tym przypadku prawie był przekonanym, iż nerw przeciął. Najnieszczęśliwiéj przedstawiają się przypadki porażeń głosowych, wywołane skutkiem chronicznego zwyrodnienia nerwu, gdyż nie mamy środków, aby nerw znów do życia powołać. Porażenia głosowe, powstające po wyłuszczeniu wola nie są zresztą, jak wszystkie porażenia głosowe, połączone z niebezpieczeństwem życia, gdyż nie odnoszą się do żadnego bardzo ważnego narządu ciała.

Dotąd rozbierałem same tylko porażenia głosowe, nie wspominając szczegółowo o równocześnie z niemi występujących porażeniach oddechowych, czyli tak zwanych mięszanych. Kładłem bowiem w rozbiorze dotychczasowym główny nacisk na kliniczny objaw zmiany głosu. Chcąc i zaburzenia oddechowe w przypadkach, w których głos uległ zmianie, uwzględnić, musiałbym tu szczegółowo rozebrać wszystkie przypadki zupełnych porażeń nerwu wstecznego, o których już wyżéj była mowa, musiałbym więc rozmaite przytoczone uwagi w innych nieco słowach powtórzyć. Sprawę więc porażeń mięszanych uważam tutaj za załatwioną i przechodzę do samoistnych porażeń oddechowych, niepołączonych ze zmianami głosu.

Zebrałem 6 przypadków porażeń czysto oddechowych, tj. porażeń mięśni pierścienio-nalewkowych tylnych, przypadków, z wyjątkiem jednego, dotąd nieogłoszonych, do których jeszcze doliczyć potrzeba powyższy przypadek w klinice prof. Jurasza, przezemnie badany. Porażenia oddechowe są, jak liczba wykazuje, daleko rzadsze. Co do powstania swego i przebiegu wielce się różnią od porażeń głosowych! W przypadkach przezemnie zestawionych niedomaganie trwało daleko dłużéj, było więcéj upartém i 3 razy zmuszało do rozcięcia tchawicy. Powstawało zawsze w pewnym dopiero czasie po operacyi.

Przedsięwzięte przed operacyją poszukiwania wziernikiem krtaniowym wykazywały we wszystkich przypadkach stan krtani prawidłowy. Po wyłuszczeniu wola głośnia normalnie działała i dopiero po niejakim czasie, niekiedy po upływie kilku miesięcy, oddychanie zwolna trudniejszém się stawało i porażenie się rozwinęło. Głos pozostawał normalnym. Raz tylko w pierwszych dniach po operacyi zachodziła lekka chrypka, która jednak po użyciu prądu elektrycznego minęła, pozostawiając czyste porażenie oddechowe.

Rozwój w mowie będącego porażenia może być również jak przy porażeniach głosowych wynikiem naprężenia lub rozciągnienia nerwu wstecznego, albo ucisku, albo ciśnienia nań blizny, albo zapalenia i łączących się z niém zmian patologicznych, które na nerw szkodliwy wpływ wywierają, albo téż rozwijają się w nerwie samym. Nie bez pewnéj podstawy przypuścić można, iż niekiedy nasamprzód włókna nerwu błędnego ulegają chorobie, i że ztąd pośrednio niemoc przenosi się na nerw wsteczny. I tak w przypadkach, w których obrażenie nerwu tylko po jednéj stronie mogło nastąpić, a mimo to obustronne wywiązało się porażenie więzadeł, przypuszczenie takie jest uzasadnioném, bo nerw wsteczny jako czysto ruchowy nie posiada żadnych dośrodkowych włókien, któreby działając na centrum mózgu, na zdrową stronę porażenie przenieść mogły. W ten téż sposób tłumaczę sobie powstanie porażenia u choréj, któréj historyję choroby powyżéj przytoczyłem. Baumgärtner wyciągnął ostatnią ligaturę, wpuszczając w ranę głęboko cewkę kauczukową, przez którą węzeł podwiązania przeciągnąwszy, siłą ją na wierzch wydobył. Gwałtownym tym środkiem wywołał krwotok, poczém chora nagle trudno oddechać poczęła. Dwa zatém czynniki mogły tu szkodliwie działać. Głębokiém wprowadzeniem cewki może Baumgärtner najpierw obraził nerw błędny, albo może téż ciśnienie opaski, założonéj przeciw krwotokowi, wywołało zaburzenie w nerwie. A że obrażenie nerwu w tym przypadku z pewnością było tylko jednostronném, przeto podług teoryi Johnsona (z pracy Dra Semona: *„Ueber die Lachmung der einzelnen Fasergattungen des Nervus laryngeus inferior“ Berliner klinische Wochenschrift* 1883) mógł tu tylko wpływ odruchowy na

[1]) Przypadek Martina jest wspomniany w pracy Julliarda.

centrum nerwu sprawić obustronne porażenie otwieraczy głośni. Dla czego głos w tym przypadku żadnéj nie uległ zmianie i dla czego samo tylko porażenie oddechowe wystąpiło, pozostanie zagadką trudną do rozwiązania. W przypadku operowanym przez prof. Königa, o którym wiadomość zawdzięczam Drowi Riedlowi z Akwizgranu, jedynie ciśnienie rozległéj i twardéj blizny miało podług Königa dać powód do porażenia oddechowego i zmusić do rozcięcia tchawicy. W przypadku tym jednak istniały po obu stronach blizny zaognione i wrzody przetokowe, zdaje mi się przeto, że tu może i owrzodzenie ważnym było czynnikiem w rozwoju porażenia. Lefferts (*The american Journal of the medical sciences New-York 1881 Par. bil. of the m. m. crico-aryt. post.*) bowiem obserwował przypadek, w którym w skutek ciśnienia zołzowego zapalenia gruczołu po prawéj stronie szyi pojawiło się obustronne porażenie otwieraczy głośni. W ogóle nadzwyczaj trudném jest wyrobienie sobie pewnego sądu o etyjologicznych sprawach w podobnych przypadkach, zwłaszcza, że tu się rozchodzi o zjawiska, których powstanie tylko przypuszczeniami tłumaczyć możemy. Niestety zjawisk takich czasami jest dużo. I tak jak np. rozjaśnić sobie pojawiającą się często wraz z porażeniami nabrzmiałość twarzy, rąk i nóg, daléj nagłe krwotoki bez widocznych przyczyn? Z wzbogaceniem wiedzy naszéj może się dopiero w przyszłości uda dostatecznie wyświecić niejasną dotąd patogenezę rzeczonych spraw a zwłaszcza porażenia, o którém mowa. Pod względem terapii elektryzowanie zwykle pozostaje bez skutku. Rozcięcie tchawicy okazało się koniecznem w 3 przypadkach. Chorzy zmuszeni są dotąd (po upływie 2—3 lat) przez cewkę oddechać. Baumgärtner doniósł mi, że w jednym przypadku zaszło polepszenie po podaniu żelaza i równoczesném elektryzowaniu. Byłobyto może wskazówką, że czasami niedokrewność powstająca przez wyłuszczenie wola wpływa na porażenie więzadeł. Jednakże głośnia nie osiągnęła w tym przypadku prawidłowéj szerokości.

W przypadku badanym przezemnie był przebieg terapii bardzo pomyślnym. Wstrzykiwania strychninu okazały się tyle skutecznemi, że chora przy zamkniętéj cewce obecnie prawie godzinę oddychać może. Wstrzykiwałem zaś podług metody Ziemssena, tj. zacząłem od małych dawek 0,002 przechodząc wkrótce do większych 0,01. Polepszenie postępuje wolno i szerokość głośni się powiększa. Dziś wynosi 4 mm. Szerokość zmniejsza się jednak po pewnym czasie, gdy mięśnie otwieracze głośni po dłuższém oddechaniu słabną. Wspomnieć mi téż trzeba, że kiedy polepszenie widoczném się stało, zacząłem używać prądu stałego, aby dobry wpływ strychninu podnieść i tém prędzéj dojść do celu. Chora mieszka obecnie stale w Mannheimie, gdzie się pewien czas znajdowała w kuracyi kol. Kiliana. Zaprzestała jednakże dalszego leczenia się, gdyż pewnego razu po wstrzyknięciu strychninu bardzo silnego doznała zawrotu, następnie upadła, poraniła się, i pewien czas leżała bez przytomności. Brak środków, aby częściéj przyjeżdżać do Heidelberga, zmusza ją niestety do zaniechania energicznego leczenia się. Przedstawia się więc tylko co kilka tygodni w klinice prof. Jurasza. Ogólny stan jéj zdrowia zawsze pozostaje dobrym, oddechać zaś przy zamkniętéj cewce może godzinę. Skutek więc osiągnięty strychninem pozostał dotychczas stałym, i gdybyśmy tu z korzystniejszemi okolicznościami mieli do czynienia, możeby i polepszenie daléj postępowało, dopókiby się nie udało choréj uwolnić od noszenia cewki do oddechania. O przebiegu choroby w tym przypadku, pod wielu względami bardzo ciekawym, nie omieszkam albo ja albo prof. Jurasz późniéj dalszych podać wiadomości.

II. Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych prof. Rosnera.

Sprawozdanie naukowe z ruchu chorych w téjże klinice w ciągu roku szkolnego 1883 i 1884.

Podał Dr. Leon Kopff
asystent kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 44).

Z nowych polecanych środków używano sublimatu, resorcyny, kwasu borowego, kwasu karbolowego z hałunem i siarkanem zynkowym i oleju santałowego.

Sublimatu używano według Leistikowa *(Charité Annalen,* 1882) w bardzo mocném rozcieńczeniu (jeden gram na 5 do 10 tysięcy gramów wody). Mimo to każde zastrzyknięcie wywoływało mocny ból, a wynik leczniczy można było uważać za ujemny, tak, że po kilku dniach trzeba było przejść do jednego z dawniejszych środków. Dla tego ograniczono próby z tym środkiem do siedmiu przypadków.

Podobnież zawiodły nas zupełnie wstrzykiwania z resorcyny (1:500) w czterech przypadkach, z kwasu borowego (1:200—400) w dwóch przypadkach, jakotéż podawanie wewnętrznie oleju santalowego w pięciu przypadkach. Środek ten ostatni, polecany tak gorąco we Francyi, jest znacznie droższym od balsamu kopaiwy, a działa o wiele słabiéj i wolniéj od tego ostatniego.

Z dobrym skutkiem za to stosowaliśmy w 11 przypadkach wstrzykiwań polecanych przez jednego z lekarzy niemieckich z kwasu karbolowego, hałunu i siarkanu zynkowego. *(Rp. Acidi carbolici, Aluminis crudi, Zinci sulfurici āā 1,00 Aq. destillatae 200--300. S.* 2—3 razy dziennie wstrzykiwać.

W przypadkach powikłanych z zapaleniem przyjądrza lub równocześnie z zapaleniem powrózka nasiennego, wstrzymywano się od wszelkiego leczenia rzeżączki aż do czasu przejścia okresu zapalnego ostrego. Stosowano tylko okłady zimne na miejsce dotknięte zapaleniem i wcierano dla złagodzenia bólu maść beladonową *(Rp. Extr. rad. belladonnae 2,00 Ung. emollientis 16,00 f. ung.).* Skoro bolesność ustąpiła, a obrzęk się jeszcze utrzymywał, rozpoczynano zwykle leczenie rzeżączki od balsamu kopaiwy lub kubebów. Na obrzęk pozapalny polecano zazwyczaj dla przyspieszenia wessania wysięku zapalnego przylepiec rtęciowy *(Rp. Empl. mercur. Empl. saponati. āā).*

U kobiet leczono rzeżączkę pochwy w sposób następujący: Po oczyszczeniu błony śluzowéj pochwy 2% kwasem karbolowym pędzelkowano ją mocnym rozczynem azotanu srebrowego (1:8), i zakładano suche tampony. Wypalanie to powtarzano co drugi dzień aż dopóki wydzielina nie przybrała charakteru wydzieliny śluzowéj nieżytowéj. Wtedy, podobnie jak u mężczyzn, stosowano środki ściągające, zakładając tampony posypane podazotanem wizmutowym, jodoformem, hałunem lub zamaczane w rozczynie kwasu garbnikowego, w glicerynie lub kwasie octowym drzewnym nieoczyszczonym. Zapalenie szyjki macicznéj leczono przez wprowadzenie do niéj lapisu w laseczkach, przestrzykiwanie i zakładanie tamponów.

Rzeżączkę cewki moczowéj leczono wewnętrznem podawaniem balsamu kopaiwy lub kubeb i wstrzykiwaniami podobnie jak u mężczyzn. Tylko w przypadkach bardzo uporczywéj i zadawnionéj rzeżączki wprowadzano do cewki laseczkę lapisu na pół lub całą minutę. Zapalenie gruczołów Bartoliniego leczono kataplasmowaniem, a skoro wyczuć się dawało chełbotanie, otwierano ropień, przestrzykiwano ranę 2% kwasem karbolowym i zasypywano jodoformem.

2. *Sarcoma Epididym.* Przypadek tego rodzaju leczono w klinice jeden. Podajemy go tutaj ze względu na przyczynę, która według wszelkiego prawdopodobieństwa wywołała powstanie nowotworu. Dnia 23 grudnia 1883 r. przybył do nas uczeń szewski Antoni Zawada, lat 19 liczący. Podaje on, że w czerwcu tegoż roku dostał rzeżączki ostréj. W późniejszym przebiegu rzeżączki wystąpiło zapalenie przyjądrza lewego. Obrzmienie przyjądrza mimo ustąpienia bólów nie schodziło. Chory szukał więc pomocy lekarskiéj. Polecono wcieranie z maści szaréj, założono opaskę uciskającą Frickego. Przy tém leczeniu obrzmienie wcale się nie zmniejszyło, lecz owszem zaczęło się szybko zwiększać i sprawiać choremu ból. Chory szukał teraz pomocy na oddziale chirurgicznym szpitala św. Łazarza. Tutaj po dokładném zbadaniu chorego nie chciano go operować. Chory udał się wtedy do naszéj kliniki. Znaleźliśmy wtedy guz wychodzący z jądra lewego, zbity, nieprzeświecający, o powierzchni dość gładkiéj. Guz ten był przy dotknięciu bolesnym. Powrózek nasienny po stronie lewéj mocno obrzmiały, grubości palca u ręki, twardy, bardzo bolesny. W jamie brzusznéj w okolicy pępka guz wielkości orzecha włoskiego, przy ruchach oddechowych poruszalny, bardzo bolesny. Odżywienie chorego nędzne. Chory uskarża się na ciągłe kruczenie w kiszkach i na ból w okolicy żołądka. Trawienie i apetyt dobre.

Dnia 1 stycznia 1883 chory dostał nagle napadów padaczkowych. Stolce przytém częste, żółte, papkowate, dużo śluzu zawierające. Mocz zupełnie prawidłowy. W następnych dniach wymioty wodniste z małą domieszką żółci. Chory nie cierpiał dawniéj nigdy na padaczkę. Dnia 4 stycznia napady znów się powtórzyły i odtąd częściéj się wydarzały.

Dnia 28 stycznia chory umarł. Sekcyja wykazała: *Sarcoma epididym. et testis dextri, metastases glaudularum retroperitonealium, in hepate, liene, pulmonibus, glandulis lymphaticis mediastini anterioris et posterioris, in cerebro (thalamo optico). Anaemia universalis summi gradus.*

W przypadku tym według wszelkiego prawdopodobieństwa rzeżączkowe zapalenie przyjądrza dało powód do powstania mięsaka. Napady padaczkowe, które wystąpiły w przebiegu choroby, zdają się być w związku z przerzutami nowotworu, znalezionemi we wzgórku wzrokowym mózgu.

3. *Condylomata accuminata.* Szyszkowin kończystych leczono dwanaście przypadków, z czego przypada trzy przypadki na mężczyzn, dziewięć zaś na kobiety. U mężczyzn siedliskiem ich była żołędź i wewnętrzna strona napletka, u kobiet zaś wargi sromowe większe, mniejsze, wejście do pochwy, wzgórek łonowy, a także skóra we fałdzie pachwinowym. U kobiet w dwóch przypadkach szyszkowiny doszły do kolosalnych rozmiarów, tak że stanowiły jednę całość pokrywająca srom.

Szyszkowiny drobne, pojedyńczo rozstawione, wycinano nożyczkami, szczególnie u kobiet. Zazwyczaj jednak niszczono je środkami chemicznemi. Najszybszy skutek osiągano pędzelkowaniem kilkodniowém *cum liquore ferri sesquichlorati* a następnie gdy szyszkowiny trochę przyschły, wypalaniem ich kwasem jednochlorooctowym. Wypalanie to sprawiało wprawdzie choremu ból, jednakże dość szybko przemijający i nie tak silny jak po wypalaniu kwasem azotowym dymiącym. Z innych środków próbowano proszku i maści z jałowca, sawiny, kwasu salicylowego i kwasu borowego. Z środków tych kwas salicylowy i kwas borowy stosowany w postaci proszku wcale nas nie zadowolił. Maść lub proszek jałowca sawiny działał niszcząco na szyszkowiny, ale bardzo zwolna.

4. *Cystitis et Pyelitis.* Na choroby te leczono przypadków dziewięć. Mianowicie na zapalenie pęcherza pięciu mężczyzn i jednę kobietę, na zapalenie miedniczek nerkowych w połączeniu z zapaleniem pęcherza mężczyzn trzech. W siedmiu przypadkach nie ulegało wątpliwości, że rzeżączka była przyczyną powstania zapalenia. W dwóch zaś przypadkach zapalenia pęcherza, chorzy stanowczo przeczyli, aby kiedykolwiek rzeżączkę mieli.

Leczenie stosowano według okresu choroby i według jéj przyczyny. W okresie ostrym, połączonym z bolesném a częstém parciem na mocz, polecano czopki morfinowe, a gdy to nie wystarczało, zastrzykiwano podskórnie morfin. Prócz tego stosowano ciepłe kataplazmy na okolicę pęcherza, aby złagodzić jego drażliwość. Skoro okres ten przeminął, przystępowano do właściwego leczenia. Rozpoczynano je zwykle, szczególniéj w przypadkach takich, w których wątpliwości nie ulegało, że przyczyną zapalenia jest rzeżączka, od podawania wewnętrznego środków balsamicznych. Jeżeli te albo od razu zawiodły, lub polepszenie przez nie wywołane tylko do pewnego stopnia doszło i daléj nie postępowało, przechodzono do środków ściągających (taniny, *decoctum foliorum uvae ursi* itp.) lub też stosowano wody alkaliczne, środki, mające wstrzymywać rozkład moczu, jak chinin, kwas salicylowy, bendżwinian sodowy, kwas bendżwinowy, kwas borowy lub wreszcie przestrzykiwano pęcherz kwasem chlorowodowym. We wszystkich przypadkach zapalenia pęcherza lub miedniczek nerkowych na tle rzeżączkowém działały najlepiéj *balsamica*, szczególniéj balsam kopaiwowy, podawany po 4 do 6 gramów dziennie. Przytém chorzy zachowywali odpowiednią dyjetę.

W jednym przypadku mieliśmy do czynienia z bardzo ciężkiém a uporczywém zapaleniem pęcherza. Dnia 16 lutego 1884 przybył do nas P. F., 20 lat mający, czeladnik tapicerski. Miał on dostać przed czterema miesiącami rzeżączki. Od tygodnia cierpi na parcie częste do oddawania moczu, przyczém doznaje mocnych bólów w końcu cewki moczowéj i w krzyżach. Ostatniemi dniami dolegliwości tak się wzmogły, że chory przyszedł szukać pomocy w klinice. U chorego, dobrze odżywionego, niegorączkującego, dobrze zbudowanego, nie znaleźliśmy w organach wewnętrznych zmian żadnych. Z cewki wypływu żadnego dostrzedz nie można. Okolica pęcherza przy ucisku bolesna. Mocz krwawo zabarwiony, oddziaływania obojętnego, zawiera dość znaczną ilość białka i węglan amonowy. Znacznie zwiększona ilość osadu składa się z bardzo licznych ciałek krwi czerwonych i bezbarwnych, z węglanu wapniowego zasadowego bezpostaciowego i z bardzo nielicznych kryształków fosforanu magnowo-amonowego. Ilość śluzu znacznie zwiększona. Ponieważ chory musiał co kilkanaście minut chodzić z moczem, co mu silne bóle sprawiało, polecono czopki morfinowe, a wewnętrznie taninę po 0,30 trzy razy dziennie. Po trzech dniach parcie się zmniejszyło, a osad w moczu zawierał mniéj krwi, więcéj zaś ropy. Oddziaływanie świeżo

oddanego moczu było słabo alkaliczne. Podano choremu balsam kopaiwowy po 2grm. dwa razy dziennie. Już czwartego dnia wystąpiło pogorszenie. Chory musi co 10 minut dzień i noc chodzić z moczem, w moczu znów więcéj krwi. Ciepłota nieco nad 38°C. Powrócono znów do morfinu. Ponieważ czopki same nie skutkowały, robiono dwa razy dziennie wstrzykiwania podskórne z 2—3cgm. morfinu. Na okolicę pęcherza polecono ciepłe kataplazmy. 26 lutego stan chorego o tyle się polepszył, że można było zaprzestać wstrzykiwań morfinu. Polecono proszek kubebowy po 12 gramów dziennie. Z początku zdawało się, że środek ten sprawił choremu ulgę. Parcie się zmniejszyło, mocz ciągle oddziaływający obojętnie lub słabo alkalicznie zawierał mniéj osadu. Ale już 2 marca znów nastąpiło znaczne pogorszenie, które zmusiło nas do pozostania tylko przy morfinie i do podania wewnętrznie siarkanu chininowego po 0·35 trzy razy dziennie. Leczenie to, podobnie jak i następnie podawany kwas salicylowy po 0·50 trzy razy dziennie, nie osiągnęło żadnego skutku. Ponieważ krew w moczu ciągle się utrzymywała, a chory podawał, że zwykle odchodzi kilka kropli krwi w końcu moczenia, wobec więc bezskuteczności wszelkiego leczenia prof. Rosner badał, czy nie ma kamienia. Badanie dało wynik ujemny. Polecono teraz choremu kwas borowy po 0·40 cztery razy dziennie. I ten lek pozostał bez skutku. Stan ciągle jednaki. To zmienne polepszanie i pogarszanie się trwało nieprzerwanie do 5 kwietnia. W dniu tym polecono *Kalium bromatum* po 1·00 dwa, a następnie trzy razy dziennie. Środek ten polecano w ostatnich czasach w Anglii przeciw zapaleniu pęcherza. Chory doznał o tyle ulgi, że parcie się zmniejszyło. Mocz zawierał znacznie mniéj osadu, zawsze jednak był krwawo zabarwionym i zawierał prócz znacznie zwiększonéj ilości śluzu trochę ropy i drobne skrzepy krwi. Polepszenie daléj nie postępowało. Polecono więc 12 grudnia *Acidum benzoicum* po 6grm. na dzień. Mimo takiéj dużéj dawki stan ten sam. Podano więc 9 maja znów balsam kopaiwowy po 6gr. na dzień. Tym razem choremu się polepszyło. Parcie o wiele rzadsze, ból mniejszy. Mocz jednak ciągle oddziaływa obojętnie, zawiera w osadzie trochę krwi, ropę, śluz i fosforany zasadowe. Balsam kopaiwowy podawano do 28 maja, nie osiągnięto jednak wyleczenia. 28 maja podano naftalinę po 0·15 trzy, a następnie cztery razy dziennie. Już w pierwszym dniu chory doznał znacznéj ulgi. W trzecim dniu tego leczenia mocz dość czysty zawiera w osadzie mało zwiększonym tylko śluz i ropę. Oddziaływanie, które stale było obojętném, teraz słabo-kwaśne. 3 czerwca chory opuścił klinikę wyleczony. 19 czerwca przedstawił się w ambulatoryjum klinicznem zdrów zupełnie. Tak więc w przypadku tym osiągnęliśmy wynik leczniczy nadspodziewanie dobry po użyciu naftaliny. Środek ten ma tę niedogodność, że wonią swoją sprawić może choremu obrzydzenie. Uniknąć tego można, podając go w pigułkach, powleczonych według przepisu Dra Friedländera karatyną. Tym sposobem pigułki przechodzą przez żołądek nienaruszone i rozpuszczają się dopiero w kiszkach cienkich w soku alkalicznym.

5. *Paraphimosis ex onania.* Leczono na tę chorobę mężczyzn czterech. Ponieważ śród leczenia miano na uwadze także odzwyczajenie chorych od samogwałtu, sprowadzano więc napletek siłą nie usypiając chorego. Operacyja ta bardzo bolesna utkwiła choremu zawsze dobrze w pamięci. Po sprowadzeniu napletka polecono okłady lodowe, aby zapobiedz zapaleniu i chory wyleczony opuszczał zwykle zakład już na drugi dzień.

6. *Ulcus molle.* Na wrzód miękki leczono siedmdziesięciu pięciu chorych, mężczyzn czterdziestu dwóch i kobiet trzydzieści trzy. Czas leczenia u kobiet wynosił 18¼, u mężczyzn 16 dni, jeżeli nie było powikłania ze zropieniem gruczołów pachwinowych.

Co do czasu wylęgania się przyrzutu wrzodu miękkiego, to podobnie jak i w przypadkach rzeżączki nie można było polegać na podaniach chorych.

Najczęstszą siedzibą wrzodu miękkiego u mężczyzn było ujście zewnętrzne napletka, daléj wewnętrzna powierzchnia napletka i rowek okołożołędziowy. Rzadziéj siedliskiem była sama żołędź lub więzadełko napletka. W czterech przypadkach wrzód znajdował się bliżéj nasady prącia, raz na mosznach i raz na palcu u ręki, dokąd został zapewne przypadkowo z członka przeszczepionym. U kobiet ulubioném miejscem wrzodów miękkich były wargi sromne większe szczególniéj ich powierzchnia wewnętrzna, a następnie zatoka czółenkowata i więzadełko warg mniejszych. Rzadziéj napotykano wrzody na wargach mniejszych, we wejściu do pochwy, na napletku łechtaczki, przy ujściu cewki moczowéj, we fałdzie udowo wstydliwym, na wzgórku łonowym i na wewnętrznéj powierzchni ud, tudzież na międzykroczu i w ujściu kiszki odchodowéj. W jednym przypadku siedliskiem wyłączném była część pochwowa macicy, mianowicie warga jéj tylna. W przypadku tym brak wrzodów na zewnętrznych częściach rodnych dość utrudniał rozpoznanie.

Tak u mężczyzn jak i u kobiet rzadko się zdarzało, aby wrzód miękki wystąpił jeden tylko, zwykle w sąsiedztwie bliższém lub dalszém napotykało się ich parę lub kilka. U kobiet czasem cały zewnętrzny srom i przylegająca wewnętrzna powierzchnia ud były jakby zasiane drobnemi wrzodzikami miękkiemi, szczególniéj mieszkowemi.

Wrzody bez powikłań zazwyczaj szybko się goiły. U mężczyzn jednak z siedzibą wrzodu na żołędzi, gdy wrzód przebił osłonę żołędzi zewnętrzną i drążył w głąb, leczenie szło z oporem, i tylko energiczne wypalanie zdołało zapobiedz niszczącéj dążności ropy, wydzielanéj przez wrzód. U kobiet najtrudniéj goiły się wrzody na więzadełku warg mniejszych i przy wejściu do pochwy.

Z powikłań najczęstszemi były zapalenie gruczołów pachwinowych, stulejka (*phimosis*), a w dwóch przypadkach zapalenie naczyń limfatycznych, wzdłuż prącia przebiegających z następowém obrzmieniem członka. W kilku przypadkach tak u mężczyzn jak i u kobiet wśród przebiegu wrzodu miękkiego wytworzyła się pod nim stwardniałość i wrzód miękki przybrał wszystkie cechy wrzodu twardego syfilitycznego z jego następstwami.

Na szczególniejszą wzmiankę z tych powikłań zasługuje zapalenie gruczołów pachwinowych. Wydarzyło się ono u 28 chorych, tj. u 21 mężczyzn i u 7 kobiet. Ten stosunek na niekorzyść mężczyzn tłumaczymy sobie tém, że u mężczyzn przyczyniają się bardzo do powstania tego powikłania marsze uciążliwe, różne zajęcia przy pracy rękodzielniczéj, jeżdżenie konno a wreszcie i noszenie obcisłych sukien. Nie bez wpływu na powstawanie zapalenia gruczołów pachwinowych zdaje się być umiejscowienie wrzodów miękkich. W naszych przypadkach przynajmniéj, powikłania te najczęściéj się wydarzały, gdy wrzód miękki znajdował się na więzadełku napletka, a następnie w rowku kołożołędziowym. Tłumaczymy sobie to zjawisko rozłożeniem naczyń limfatycznych. W miejscach tych bowiem najwięcéj znajduje się naczyń limfatycznych, które spływają do najbliższego zbiornika, ja-

kim są gruczoły pachwinowe. W dwóch też przypadkach owrzodzenie w rowku kołożołędziowym było można śledzić drogą przyrzutu wrzodu miękkiego ku gruczołom limfatycznym. W obu tych przypadkach powstało naprzód obrzmienie zapalne naczyń limfatycznych na grzbiecie prącia a następnie obrzmienie i zropienie gruczołów pachwinowych. Również uważaliśmy, że i umieszczenie wrzodu miękkiego ma wpływ na powstanie jedno- lub obustronnego zapalenia gruczołów pachwinowych. Najczęściéj owrzodzenia po prawéj stronie wywoływały obrzmienie gruczołów po odpowiedniéj stronie prawéj, podobnie jak wrzody po stronie lewéj były najczęściéj przyczyną obrzmienia gruczołów w pachwinie lewéj. Obustronne zapalenie powstawało najczęściéj, jeżeli siedzibą wrzodu było więzadełko napletka. Nie wszystkie jednak zapalnie obrzmiałe gruczoły przechodziły w ropienie. Część ich przy odpowiedniém leczeniu rozchodziła się, lub też przechodziła w obrzmienie twarde niebolesne, z którém chorzy klinikę opuszczali. Obrzmienie takie, nieprzechodzące w ropienie, dotyczyło najczęściéj całych pakiecików gruczołów pachwinowych i najczęściéj wydarzało się u ludzi z usposobieniem zołzowém. Na dwadzieścia ośm przypadków zapalenia gruczołów pachwinowych nie przyszło do zropienia u szesnastu chorych (12 mężczyzn i 4 kobiet). Gruczoły, które przeszły w ropienie, były zwykle mocniéj powiększone, częściéj odosobnione. Skóra nad niemi była zaczerwieniona, często obrzmiała, bardzo dotkliwa. W kilku przypadkach powstawało zapalenie tkanki okołogruczołowéj. Jeżeli taka tkanka zapalnie naciekła przeszła w ropienie, tworzył się duży ropień o brzegach podminowanych. Niekiedy po otworzeniu zropiałego gruczołu ropa z rany się wydzielająca zaszczepiała na około gruczołu wrzody nowe, szczególniéj mieszkowe. W dwóch przypadkach rana przybrała charakter wrzodu szerzącego się w obwodzie (*Ulcus serpiginosum*). U jednéj kobiety prócz powiklania z wrzodami około rany ropa miała szczególniejszą dążność drążenia w głąb, tak, że wywołała głęboki wrzód lejkowaty, który wygoił się od brzegów.

Czas leczenia przy powikłaniu wrzodu miękkiego ze zropieniem gruczołów pachwinowych był naturalnie znacznie dłuższym. Wynosił on średnio u mężczyzn $41^3/_4$, u kobiet $39^1/_3$ dnia.

Za najskuteczniejsze uznaliśmy następujące leczenie wrzodów miękkich. Wrzód wypalano roztworem zgęszczonym siarkanu miedziowego (*Rp. Cupri sulfurici 4.00 Ag. destill. 16.00)*.

Wypalania te powtarzało się, dopóki powierzchnia wrzodu nie przybrała wejrzenia rany czystéj, zdrowéj. Wtedy dopiero stosowano jodoform sproszkowany. W tych przypadkach, w których od samego już początku stosowaliśmy jodoform, bez poprzedniego użycia roztworu siarkanu miedziowego, gojenie trwało znacznie dłużéj, a rana oczyszczała się bardzo powoli. W tych jednak przypadkach, w których chorzy z wrzodem miękkim przyszli do kliniki już z zapalnie obrzmiałemi gruczołami pachwinowemi, samo się przez się rozumie, że nie używaliśmy mocnych roztworów siarkanu miedziowego, tylko poprzestawaliśmy na zasypywaniu jodoformem.

W sześciu przypadkach stosowaliśmy kwas salicylowy, polecany gorąco w ostatnich czasach przez Hebrę młodszego, jednak ku zupełnemu naszemu niezadowoleniu. Rana wcale się szybciéj nie oczyszczała ani nie goiła, aniżeli, gdybyśmy byli przestali na samém obmywaniu kwasem karbolowym.

Powikłania leczyliśmy różnie. W przypadkach stulejki następowéj zastrzykiwaliśmy dwa, lub w miarę potrzeby, trzy razy dziennie 1% kwas karbolowy pod napletek a następnie słaby roztwór azotanu srebrowego (1 : 200). Zapalenie naczyń limfitycznych leczyliśmy okładami zimnemi.

W przypadkach zapalenia gruczołów pachwinowych, w samych początkach stosowaliśmy pędzelkowanie nalewką jodową i okłady zimne lub lodowe. Jeżeli przytém leczeniu obrzmienie nie rozchodziło się, lecz owszem zaczerwienienie skóry, obrzmienie jéj i spojenie z osłonką gruczołów, jakotéż ślady chełbotania wnosić kazały o tworzeniu się ropnia, porzucaliśmy wszelkie inne leczenie, ograniczając się do kataplazmów ciepłych. Gdy chełbotanie wyraźnie wystąpiło, otwieraliśmy ropień długiém cięciem, przestrzykiwaliśmy jamę 2% kwasem karbolowym i zakładaliśmy opatrunek jodoformowy. W paru przypadkach próbowaliśmy zastosować opatrunek sublimatowy, ten jednak bardzo drażnił ranę i wywoływał zapalną reakcyję tkanek okolicznych, a więc porzuciliśmy go.

W przypadkach gdy rana nie traciła charakteru zakaźnego, wywoływała w sąsiedztwie nowe owrzodzenia i drążyła wewnątrz lub podminowywała brzegi, wypalaliśmy ją azotanem srebrowym w laseczkach, lub też zgęszczonym roztworem siarkanu miedziowego (1 i 4).

W przypadkach z przebiegiem prawidłowym, skoro jama zropiałego gruczołu wypełniła się zdrową ziarniną, a brzegi zaczęły się zaciągać przyskórkiem, posełaliśmy chorego codziennie do kąpieli ciepłéj. Takie kąpiele, czas dłuższy trwające, znacznie przyspieszały zupełne wyleczenie.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. O skutecznem leczeniu duru brzusznego jodkiem potasu.

Napisał **Dr. Henryk Jeleński** z Działoszyc.

(Dokończenie. Patrz Nr. 44).

Rozpatrzmy teraz, czy środki lecznicze całą dotąd terapiję durową wypełniające, a jak wiadomo, jest to owa trójka: chinin, kwas salicylowy z przetworami i wodolecznictwo, są tak niewinne i rzeczywiście bez szkody skutki owe przeciwgorączkowe ujawniają, jak powszechnie sądzono? Atoli wysłuchawszy zdań o tym przedmiocie wielu klinicystów i praktyków, pokaże się, iż obok pochwał dużo znajdzie się i nagan téj metody, a nadto są dowody wprost szkodliwych właściwości środków owéj kategoryi, zkąd innego można nabrać zdania co do wartości powszechnie dotąd uprawianéj terapii antipyretycznéj w chorobach ostrozakaźnych. B r i q u e t w Paryżu, używając chininu w durze brzusznym na wielką skalę, przyszedł nieco dawniéj już do tego ostrzegającego wniosku: „L'emploi de sulfat de quinine *ne peut pas* constituer une méthode *générale* et *banale* de traitement de la fièvre typhoïde,“ dodając, że leczenie chininowe może się przydać tylko w pewnych przypadkach, nawet w pewnych tylko epidemijach, jak nie inaczéj „pendant un certain laps de temps,“ ale oznacza szczegółowo chwilę, kiedy chinin może się stać środkiem wcale szkodliwym i wprost zgubnym (*Traité thérapeutique de Quinquina* etc. p. 440). G r i e s i n g e r (*Virchow Specielle Pathol.* etc. B. II, p. 259) narzeka, że tak często stósowano chinin w durze bez skutku. Kaustycznie traktuje sprawę terapii przeciwgorączkowéj w ogóle, a chininem nawet z termometryją w durze jelitowym po szczególe, P e t e r s e n z Kopenhagi

(*Hauptmomente in der geschicht. Entwickelung der mediz. Therapie* p. 351—368) pisze: „Fast scheint es, als ob verschiedene Kliniker in ihrer Begeisterung über den Einfluss grosser Chinindosen auf die Temperatur *die Kapitalfrage*, ob die angewandte Therapie denn auch *wirklich* den Kranken *nütze*, mehr oder weniger übersehen haben“ (l. c., p. 361). A nieco daléj mówi otwarcie, że rozbiór krytyczny empirycznego leczenia chininem wcale nie przekonywa, aby wszelka wątpliwość co do skuteczności jego w chorobach gorączkowych mogła być usuniętą. Dujardin-Beaumetz protestuje wprost przeciw użyciu chininu w durze brzusznym. Toż samo prof. Hardy, godząc na cały ten pogląd leczniczy chininowy, przytacza, iż wie o wielu przypadkach nagłéj śmierci po większych dawkach chininu (*L'Abeille médicale* 1882, p. 439, 454—55; dyskusyja akademicka). Podobny sąd wydaje Aufrecht (l. c., p. 65). Dr. Kaczorowski w Poznaniu przyszedł do przekonania, że dużych dawek chininu i kwasu salicylowego, będących mieczem obosiecznym w leczeniu gorączek durowych, całkiem należy zaniechać. Toż samo potwierdza w zupełności Dr. Jerzykowski (Przegląd Lekarski 1882, p. 611—22). Prof. Winternitz, broniąc swojéj zimnéj wody, odzywa się niekorzystnie o działalności chininu w durze brzusznym. Nadmienia on, że wszyscy obserwatorzy jednozgodnie potwierdzają, iż chinin w niektórych ciężkich przypadkach wcale nie dopisuje a do tego przysparza wcale nieoczekiwanych niemiłych, obocznych skutków w narządzie trawienia (*Wiener med. Presse* 1884, Nr. 4, p. 106).

Drugi lek przeciwgorączkowy, kwas salicylowy, wielu także znalazł przeciwników w leczeniu duru brzusznego. Dr. Curschmann z Hamburga w polemice przeciw Riessowi, który *plena manu* preparatu salicylowego w miejsce chininu używa i gorąco go w durze zaleca, wątpi, czy zbawienną jest rzeczą, utrzymywać sztucznie chorych przez czas dłuższy za pomocą preparatów salicylowych na niskiéj stopie gorączkowéj (*Congress für innere Medicin*, 1882, p. 105). L. Lewin w Berlinie twierdzi, że w durze brzusznym po dawkach 6 gramowych kwasu salicylowego zniżenie ciepłoty wynosi $6\frac{1}{2}$ °C., na skrócenie jednakże terminu i zmianę procesu chorobowego środek ten wcale nie wpływa (*Real-Encyclopädie*, t. XI, p. 629). Prof. Quincke utrzymuje, że kwas ten w wielu razach działa trująco, wywołując bardzo często nudności, wymioty, biegunki a nawet białkomocz, choć ostatni rzadziéj; i na czynność oddechową niekorzystnie i nieprzyjaźnie wpływa, w czém odwołuje się do francuskich znakomitości jak Empis i Gubler, którzy skutkiem użycia kwasu salicylowego nawet przypadki śmierci spostrzegali (*Berlin. klin. Woch.*, 1382, Nr. 47, str. 709). Dr. London tego samego jest zdania (*Berlin. klin. Woch.*, 1883, Nr. 16, str. 241). Prof. Vulpian w dyskusyi w Akademii paryskiéj przyznaje zniżenie ciepłoty przez przetwory salicylowe, jednakże dodaje, że one nie stanowią wcale „un agent veritablement curatif“. Toż samo zapewniają Depaul, Lancereaux, że zmiejszenie ciepłoty przez lek salicylowy zupełnie nie chroni chorych od śmierci i nie wiele znaczy w leczeniu duru brzusznego (*L'Abeille médicale*, 1882, str. 326, 327). Winternitz przyznaje słuszność orzeczeniu Dujardin-Beaumetza co do znaczenia i skutku przetworów salicylowych w durze i cytuje jego wyrazy: quoique la température s'abaisse, *le malade n'en succombe pas moins* (l. c. str. 106, 107). Prof. Korczyński otwarcie przyznaje, że odsetka śmiertelności w chorobach gorączkowych ostrych przy konsekwentném używaniu wielkich dawek leków przeciwgorączkowych nie jest mniejsza aniżeli przy leczeniu wyczekującém, odwołując się np. do Bussa, znanego wielbiciela przetworów salicylowych, który przyznaje, że lubo chorych tyfusowych przy pomocy kwasu salicylowego i jego przetworów utrzymywał stale niżéj 39°C., miał przecież odsetkę śmiertelności 24·2% (Zbiór prac klin. lek. krak. zeszyt X., 1884, str. 32). (Cyfra przerażająca!) Z tego okazuje się, że poważne głosy naukowe wcale nie z uznaniem wyrażają się o tych lekach.

Zobaczmy nakoniec, jakiéj jest wartości ostatni środek antipyretyczny, najbardziéj chwalony i nie jako dodatek, lecz jako główny i jedynie leczniczy środek w durze stosowany a w ostatnim jeszcze czasie rozpaczliwie broniony (*Wiener med. Presse*, 1883, Nr. 13, 14, 15 itd.), to jest wodolecznictwo, które obecnie straciło na znaczeniu, zaufaniu i wziętości w leczeniu duru brzusznego. Już Petersen śmiało się odzywa: jeśli wielu terapeutów mniema, iż w hydroterapii odkryto niejako pewną panaceę, zadanie więc terapii chorób zakaźnych, gorączkowych zwycięsko jest rozwiązaném, to obowiązkiem staje się krytyki lekarskiéj wykazać, że i tutaj warunków zaledwo względnéj i niepewnéj skuteczności wcale jeszcze nie przekroczono (Petersen l. c. p. 306, 307). Aufrecht, walcząc przeciw twierdzeniu Liebermeistra co do zwyrodnienia organów skutkiem wysokiéj ciepłoty, zbija całe leczenie hydryjatryczne, jako wręcz niewskazane (Aufrecht l. c. p. 64, 65). Küssner i Pott niemniéj zwracają uwagę na przypadki, gdzie leczenie zimną wodą żadnego nie wywiera wpływu na przebieg duru brzusznego, nawet zimną kąpiel o niskiéj temperaturze nazywa wprost barbarzyństwem (Küssner i Pott, l. c. p. 238, 239). Lekarze francuscy w nowszym czasie cierpkie robią uwagi o skutku leczenia zimną wodą w durze brzusznym, rzucając jakby klątwę na całe to lecznicze postępowanie; tak prof. Peter powiada: „Toute médication systématique s'adressant à un seul symptôme est absolument illogique et insuffisante (*Bulletin de Thérapeutique*, t. 92, p. 293), tak też Raynaud, Ferrand, Féréol, E. Robert leczenie duru zimną wodą zawzięcie potępiają (*Bulletin de Thérapeutique*, tom 91, 92, 93). Wiadomo wreszcie, jak jawnie prof. Germ. Sée przeciw téj metodzie leczenia wystąpił. Dujardin-Beaumetz w dyskusyi akademickiéj z 7go listopada 1882 oznajmił o zupełném porzuceniu we Francyi metody Brandta w durze brzusznym (*L'Abeille Médicale*, 1882, p. 439). Dla większego chyba zamięszania w terapii durowéj znowu zaleca teraz wielu ciepłe i przedłużone kąpiele, jak Dr. Riess, Dujardin-Beaumetz, albo mięszane ciepłe i zimne, jak Dr. Finkler i w. i. Pominąwszy to, czynią jeszcze autorowie ważny zarzut częstszego nawrotu choroby po leczeniu hydroterapeutyczném duru, co nawet sam Liebermeister przyznaje, podobnie jak Küssner i Pott (p. 199) i Zuelzer (*Real-Encyclopädie*, t. I., p. 33). Aż do przesytu wychodzi na jaw ta chaotyczna mięszanina zdań i poglądów dotychczasowéj terapii durowéj i nieporadność w praktyce, można się bowiem przekonać, że nie jeden w teoryi gani, co w praktyce chwali i stosuje. I to niestety dzieje się w chorobie tak pospolitéj i często nagminnie panującéj jak dur brzuszny.

Widoczna, że cały dotychczasowy pogląd na sprawę gorączkową stracił w ogóle niezmiernie wiele w obecnym czasie na ważności i znaczeniu. Wszak tém bardziéj taki zwrot nastąpić musiał, im więcéj nowy kierunek w patologii

zwłaszcza w chorobach ostrozakaźnych, schodzi obecnie ze śledzenia przeważnego objawów symptomatycznych do badań raczéj znaków przyczynowych i patogenetycznych chorób, silne znajdując poparcie i pomoc w mykologii z tak znakomitym wynikiem teraz uprawianéj. Przyznał to sam Liebermeister w swym znakomitym wykładzie we Fryburgu (*Berl. klin. Wochenschrift*, 1883, Nr. 41, str. 625) a do téj zmiany frontu zmuszają go niejako nowe odkrycia i prace mykologów, Klebsa, Ebertha (*Der Typhusbacillus u. die intestinale Infection. Volkmanns Sammlung. klin. Vortr.* Nr. 226), R. Kocha i wielu innych. Wspomnieć mi tu wypada i o pracy Dra Gaffkyego, pomocnika Kocha, o durze jelitowym, który opisuje laseczniki durowe i uznaje je wprost za przyrzut chorobowy w durze, naznaczając im, jak Klebs, siedlisko w kiszkach (*Mittheilungen aus dem kaiserl. Gesundheitsamte.* T. II, 1884, str. 372). W durze brzusznym więc bynajmniéj nie o same objawy, bodaj o wygórowaną ciepłotę rozchodzić się może, tylko głębiéj głównéj przyczyny choroby szukać należy. Jeśli zaś natura całéj téj sprawy okazuje się pasorzytniczą i ona stanowi istotną, najbliższą przyczynę tego ważnego cierpienia, więc rzecz jasna, że przeciwko tym przyrzutom, które mają swe pierwiastkowe gniazdo w jelitach, zkąd drogą narządu naczyń i gruczołów chłonnych cały organizm nagabują i zarażają, usiłowanie lecznicze zdążać i kierować się powinno ku wynajdowaniu w tym celu środków odpowiednich przeciwpasorzytniczych.

Z rozbioru powyższego wypływają trzy przekonywające wnioski dotyczące patologii i terapii duru jelitowego:

1. Gorączka z wysoką nawet ciepłotą sama przez się według badań z ostatnich czasów wcale nie stanowi ani groźby bezwarunkowéj dla życia chorego na dur, ani téż nie sprawia koniecznie takich złych następstw, jak zwyrodnienie miąższowe szlachetnych narządów, więc tu nie można szukać źródła do wskazań leczniczych.

2. Środki przeciwgorączkowe, które wyżéj przytoczyłem, a które po największéj części obecnie jeszcze są w użyciu, obok spodziewanéj pomocy nie ochraniają organizmu od kłopotliwych zajść obocznych, a po części nawet przysparzają mu tychże.

3. Obecny stan patologii chorób zakaźnych wykazuje, że przyczyny wszelkich przykrych zajść tutaj jedynie w przyrzutach pasorzytniczych szukać należy, że takowe miejscowo w pewnych narządach, jak w durze brzusznym w jelitach czyli raczéj w ich gruczołach chłonnych, z pewnością odkrywać się dają.

Z premis co dopiero podanych aż nadto jasny wypływa wniosek, że dla zwalczenia tak groźnéj choroby w sposób „*cito, tuto et jucunde*" nie *antipyresis*, tylko dział leków przeciwzakaźnych skutecznéj pomocy dostarczyć jest w możności, czego téż Klebs istotnie doradza. Że jodek potasu posiada wszystkie wymagane własności i skuteczność tutaj niezaprzeczoną, starałem się w wyżéj podanych opisach szczegółowych przypadków duru brzusznego wykazać. Twierdzenia mego o ważnéj i korzystnéj działalności tego środka w durze brzusznym nie należy bynajmniéj uważać za przypuszczenie, ale za pewną, niezaprzeczoną prawdę. Oprócz własnego doświadczenia znajduję silne poparcie w uwagach o tym środku mykologa Davaina (Bouchardat: *Annuaire de Thérapeutique*, 1881, str. 293), który zachwala przetwory jodowe w tak niebezpiecznéj, zaraźliwéj chorobie jako jedyny skuteczny środek. Również ocenia prof. Bernatzik skuteczność jodowych środków jako antyseptycznych (*Real-Encyklopädie*, t. III, str. 23). Ale obok znakomitego działania środka jodowego w chorobach zakaźnych to jeszcze zaleca go, że w porównaniu do innych téj klasy leków, a osobliwie teraz używanych, jak kwasu salicylowego, karbolowego a w pewnym względzie według Binza i chininu, najmniéj, prawie żadnych obocznych następstw z jego użycia nie ma. Rzecz wiadoma, że jodek potasu bywa w pewnych chorobach zakaźnych pełną garścią zadawany bez jakichbądź poważnych, szkodliwych skutków (Prof. E. Harnack *Berlin. klin. Wochensch.*, Nr. 47, 1883, str. 724). Zastosowaniu więc tego środka jeszcze w tak skromnych dawkach, jakich podług méj przepisanéj formuły proces durowy aż do pożądanego skutku wymaga, wszelkie ze wszech stron sprzyjają warunki; a wyżéj opisana moja terapija jodowa, dobrym uwieńczona skutkiem, najzupełniéj usprawiedliwia podany pogląd na sprawę leczenia duru brzusznego.

Tu nadarza mi się sposobność umieszczenia listownéj wiadomości, udzielonéj mi przez Dra Aleksandra Trzeciaka, naczelnego lekarza lazaretu wojskowego w naszym kraju, o wyniku leczenia duru brzusznego jodkiem potasu według mojéj wskazówki i to na większą skalę, bo podczas nagminnego panowania choroby. Oto treść jego pisma. „W szpitalu Ostrołęckim, gdzie wówczas służbę pełniłem, ukazał się dość złośliwy dur jelitowy ku końcowi 1881 r., trwający blisko do połowy 1882 r.", więc pół roku czasu, dość do dokładnéj obserwacyi całego przebiegu. „Po nie zbyt korzystném leczeniu téj choroby środkami powszechnie i zwykle używanemi, zabrałem się do zastosowania jodku potasu, w *Gazecie Lekarskiéj* przez kolegę tak bardzo zachwalanego. Rezultatu udzielam koledze w osobno i umyślnie zestawionéj tabliczce dla porównania metod leczenia i uwidocznienia otrzymanego skutku". Oto owa tabliczka Dra T.: W szpitalu wyżéj wzmiankowanym były stosowane trojakie metody leczenia: *a)* metoda antypyretyczna, dziś pospolicie używana: chinin, kwasy i wodolecznictwo; *b)* metoda poronną zwana, (Lesser, Wunderlich i w. i. w szczególności prof. Eck w Petersburgu kalomel); *c)* metoda jodowa.

Leczenie	Czas trwania leczenia	Ilość chorych	Wyzdrowiało	Umarło	Odsetka śmiertelności	Ilość średnia dni szpitalnych
a)	Od października do końca grudnia 1883	14	12	2	14,28%	44
b)	Od 1go stycznia do 2go lutego 1882	31	29	2	6,45%	39
c)	Od 2 lutego do 10 czerwca 1882. Koniec epidemii	94	90	4	4,16%	33

„Po tak świetnym skutku", pisze daléj Dr. T., „pewnie nie zdziwi to nikogo, że w następnych, wydarzać się mogących epidemijach duru jelitowego, tę jodową metodę wyłącznie stósować wypadnie, skoro tak znakomite okazała skutki w leczeniu; wszak dotąd lepszéj metody nie posiadamy a za jodową same, wyżéj podane, cyfry jawnie przemawiają". Dodając do tego moje własne obserwacyje przypadków duru w ilości 38u, poprzednio dokładnie opisanych, a 7 tylko wyżéj wzmiankowanych, co razem przedstawia kazuistykę z 45u bez jednego atoli przypadku śmierci, otrzymamy materyjał wcale poważny z odsetką śmiertelności około 2%, bo na 139 przypadków duru jelitowego tylko 4 śmierci po leczeniu jodkiem potasu.

Zestawiając wszystko co się dotąd powiedziało, docho-

dzimy do ostatecznych wniosków jasno ztąd wynikłych, jak następuje: naprzód, że sama gorączka jako taka bezpośredniego dla chorych niebezpieczeństwa absolutnie nie stanowi, nawet do ujawnienia katastrofy nie zawsze wydatną w chorobach zakaźnych się okazuje, jest na teraz rzeczą udowodnioną. Ponieważ już dawniéj pyretologija, z patologii wykreślona, zeszła zupełnie z porządku dziennego, o takowéj obecnie w systemie naukowym ani mowy niema; od antipyretologii jako metody leczenia, czyli od środków przeciwgorączkowych, o jakichśmy wyżéj wzmiankowali z ich dodatnią i ujemną stroną, oczekiwać jeszcze w chorobie durowéj przy obecném stanowisku nauki jakiegoś rdzennego działania i zbawiennego skutku, jest co najmniéj usiłowaniem nie całkiem racyjonalném. Użycie podobnych leków wywołać może jakieś wskazanie symptomatyczne a nie patogenetyczne, jeśli w miejsce skorupy samo jądro choroby zechcemy leczyć. Nadto mnożą się zewsząd dowody, niezbicie wykazujące, że przypuszczenie, jakoby zwyrodnienie miąższowe narządów organizmu miało powstawać skutkiem wysokiéj gorączkowéj ciepłoty, zupełnie z prawdą się mija. Ponieważ wątpliwości nateraz nie ulega żadnéj, że kierunek pasorzytniczy w badaniu chorób zakaźnych dominujące zajmuje stanowisko, ponieważ kwestyi nie ma, że do téj klasy chorób dur brzuszny niezaprzeczenie należy, wynik więc aż nadto jest jasny, że w dziale leków antiparyzytycznych jedynie dobry i skuteczny rezultat w leczeniu znaleźć potrafimy.

Jedną nam jeszcze wypada nadmienić okoliczność, mianowicie, dur jelitowy umiejscowia się początkowo i głównie w kiszkach, koniecznie zatém odszukać należy takiego środka, któryby téż miejscowo do samego siedliska choroby czyli do pasorzytniczego roju dotrzeć był w stanie. Że jodek potasu wszystkie lecznicze własności do zwycięskiego zwalczenia całego procesu durowego, w jelitach umiejscowionego, posiada, to jasno wykazują opisane moje spostrzeżenia. Wszak jedynie ze zmniejszonéj śmiertelności w porównaniu z innemi leczniczemi metodami Liebermeister otwarcie ogłosił lat temu dziesięć jodek potasu jako środek swoisty w durze brzusznym, choć obok tego wcale nie objaśnia ani sposobu działania, ani téż statecznéj normy zadawania go, aby na takie miano zasłużył; sama więc empiryczna obserwacyja zmusza go do tego wyznania (*Ziemssen, specielle Pathol. etc.* Bd. II, H. 1, p. 206), do przyrody bowiem pasorzytniczéj duru jelitowego dopiero teraz w swym wykładzie w Freiburgu w 1883 r. bez zastrzeżenia się przyznaje, choć dużo wcześniéj Biermer w Wrocławiu durowi brzusznemu już naznaczył miejsce, jakie w systemie co tylko zajmować zaczyna (*Volkmanns Sammlung klin. Vortr.* Nr. 53, p. 415, 1875). Pomimo to jednak nie szukał wcale innéj terapii, a Liebermeister i teraz jakby przez nawyknienie wraca w dziwny sposób do swoich leków antipyretycznych, pomimo własnéj statystyki o skutku jodku potasu. Ja zaś po doświadczeniu dobrych skutków i rozpatrzeniu zdań, krytykujących antipyrezę, statecznie do środka jodowego powróciłem, który téż daje mi znakomity leczniczy wynik w durze brzusznym. Po obszerniejsze objaśnienie farmakodynamiczne tak pod względem teoryi jak praktyki co do sposobu działania środka jodowego w durze brzusznym wypada mi szan. czytelnika odesłać do powyżéj wzmiankowanéj méj pracy.

IV. Sekcyja okulistyczna na Kongresie międzynarodowym lekarskim w Kopenhadze 1884 r.

Sprawozdanie Dra B. Wicherkiewicza.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 44).

Odczyt powyższy wywołał z wszystkich odczytów najżywszą może rozprawę, a w któréj pierwszy zabrał głos: Hippel z Giessen, wyrażając zadowolenie, że różnice pomiędzy własném a zapatrywaniem Sattlera coraz więcéj się zacierają. Co do zapalenia wywołanego przez mikroby hodowane, sądzi, że zapalenie powstające po ich zaszczepieniu nie posiada znamion zapalenia jekwirytycznego, ale raczéj równa się temu, jakie wywołać można laseczńikami nalewu grochowego. Hippel podaje preparat, który ten sam co namok ziarn jekwirytycznych wywiera skutek, z tą jednak różnicą, że bez bólu. Preparat ten wydobył jako pierwiastek czynny prof. Göthgens z Giessen. Hippel używa jekwirity tylko wtenczas, gdy jaglica przeszła w stan zabliźnienia i przypisuje środkowi temu jedynie tylko skutek wyjaśnienia rogówki a nie leczenia ziarnin.

Samelsohn sprzeciwia się nazwie zapalenia zołzowego zamiast pryszczykowego, gdy właśnie ostatnie zapalenie może niezależnie zupełnie powstać od zołzów, w odrze i w ospie wietrznéj. Zresztą S. potwierdza skuteczność jekwirity. Niebezpieczeństwa dla rogówki nie doznał, lecz przyznaje, że metoda ta nie powstrzymuje wznówek.

Abadie powiada, że poszukiwanie mikrobów w ciężkich zapaleniach spojówki, nie powinno być nigdy zaniedbywaném, gdyż ułatwia bardzo rozpoznanie choroby i rokowanie. Odkrycie jekwiritinu popiera zdanie tych, którzy sądzą, że jekwirity działa przez ferment; kwestyja ta nie może być atoli jeszcze rozstrzygniętą. Znamy działanie fermentów na istoty organiczne, ale nie na błony śluzowe żyjące. Fermenty, które zmieniają pożywne części zawarte w przewodzie pokarmowym, nie mają żadnego wpływu na błonę śluzową kiszek. Zapalenie spojówki, powiek i tkanki łącznéj, jakotéż sąsiednich gruczołów, występujące po zastosowaniu jekwirity, przypominające dziwnie zapalenie różyczkowe skóry pochodzenia mikrobijnego, przemawia na korzyść hipotezy o mikrobach w zapaleniu jekwiritycznem. Abadie podziela zapatrywania Weckera, że przypadki, jakie zaszły z rogówką wywołane były zbyt gwałtownem zastosowaniem środka i dochodzi do wniosku, że jekwirity odpowiednio użyte jest środkiem pierwszorzędnym.

A. Benson z Dublina wnosi z licznych przypadków, w jakich stosował jekwirity, że zapalenie jekwirytyczne może być z równą łatwością wywołane: 1) przez zastosowanie na spojówkę ziarn świeżo sproszkowanych; 2) przez namok świeży 5%; 3) przez namok nieświeży z laseczníkami lub bez nich; 4) przez namok glicerynowy. Jekwiryty nie można zawsze użyć, ale środek ten daje daleko lepsze wyniki od wszystkich innych sposobów. Benson nie mógł znaleźć w wydzielinie spojówkowéj cechujących laseczników.

Martin z Bordeaux doznał po jednorazowém zastosowaniu 2% namoku jekwirytycznego utraty rogówki zaledwo trochę unaczynionéj. Spojówka była dotknięta zapaleniem jaglicowém w stanie bliskiego zabliźnienia i to bez wydzielin ropiastych.

Wicherkiewicz przyznaje, że po doświadczeniach, jakie natychmiast po pojawieniu się pierwszéj pracy Wecke-

ra w swéj klinice środkiem tym robił, niczego się po nim nie spodziewał. Dalsze zachwalania, pojawiające się w licznych broszurach i artykułach, zachęciły W. do podjęcia na nowo prób, przy których uwzględniał różne poruszone okoliczności. I dalsze te doświadczenia nie przekonały W. o wielkich własnościach środkowi temu przypisywanych, ale wpłynęły jednak nieco na zmianę dawniejszego o środku tym mniemania. Głównie wykazały doświadczenia dalsze, że 2% zimny namok po dwu- lub kilko-razowém zastosowaniu wywoływał mniéj lub więcéj silne objawy, które nie były bez wpływu na zmniejszenie jaglicy, lecz tylko w tych przypadkach, gdzie ziarnina przedstawiała się twardą, mało soczystą a spojówka bez wydzieliny. Skuteczność ta jednakże nie przeważała skuteczności innych środków w odpowiednim stopniu i w odpowiednim czasie zastosowanych, jakoto: siarkanu, koprowiny, zynku, galwanokaustyki, wycinania fałd itd. Jak dawniéj W. należał do obozu przeciwników, tak w ostatnim czasie o tyle przynajmniéj zwrócił się do obozu zwolenników nowego leku, o ile przekonał się, że środek ten zastosowany przeciw jaglicy w okresie zabliźnienia, nie jest istotnie bez skutku na zmniejszenie się istniejących gęstych plam rogówkowych.

Copez z Brukseli stał się zwolennikiem jequirity w jaglicy powikłanéj łuszczką albo bez niéj. Używał środka tego w 254 przypadkach. C. sądzi, że niebezpieczeństwa dla rogówki obawiać się nie potrzeba, skoro się ograniczamy do przemywania i umiemy odczekać chwilę stósowną do powtórnego zastósowania leku. Przy ropieniu spojówki środek ten jest przeciwwskazanym. Coppez stósuje jequirity, pocierając spojówkę gąbką nasyconą 10% namokiem. W 90 przypadkach wystarczyło jednorazowe zastósowanie do wywołania zapalenia pożądanego. Niebezpieczeństwa obawiać się wypada używając jequirity w zapaleniu mieszkowém. W takich bowiem razach tworzy się prawdziwa pokrywa zgorzelinowa we worku spojówkowym, a w następstwie zrost powiek z gałką.

Brailey, wyrażając się w ogólności korzystnie o jequirity, opisuje jednak przypadek ropienia rogówki, wywołanego pod wpływem środka, o którym mowa i to po siedmiorazowém użyciu 2% namoku.

Chibret (z Clermont Ferrand) często używał jequirity w chorobach rogówki albo spojówki ale rzadko w jaglicy, która w jego okolicy nie często się zdarza. Przyznaje, że jaglicę leczył nie bez niebezpieczeństwa, a w przypadkach, w których jaglica przedstawia się w postaci soczystéj nabrzmiałéj, robi najprzód przez 2 tygodnie nacięcia, a dopiero potém stósuje jequirity. W ogólności stoi po stronie Sattlera i pisze się na jego wnioski.

Vallez z Tournai bronił jequirity na ostatniém posiedzeniu francuskiego Towarzystwa okulistycznego. Od czasu tego nowe doświadczenia utrwaliły jeszcze jego przekonanie o skutecznosci tego środka. U wszystkich swoich chorych dotkniętych łuszczką rogówkową widział albo zupełne wyzdrowienie albo polepszenie. W dziwny a zaiste wątpliwość budzący sposób broni Vallez jequirity, przytaczając przypadek dotyczący 78-letniego starca, który po obydwóch stronach miał łuszczkę; po użyciu środka zachwalanego przyszło na jedném oku do przedziurawienia, ale za to na drugiém oku łuszczka zmniejszyła się i wzrok poprawił się(?)

Sattler odpowiada na rozmaite uwagi czynione wśród powyższych rozpraw. Co do uwag Hippla, który wywołał zapalenie wynikiem hodowli, to, zdaniem Sattlera, Hippel nie stoi na właściwém stanowisku sądząc, że znamieniem chorobowém zapalenia jekwirytycznego jest znaczne nabrzmienie powiek, nasięk twardy i błony długo z powieką złączone. Cały świat zna rzeżączki noworodków, gdzie objawy anatomiczne nie są wcale znaczniejsze od zwyczajnego kataru, a jednak badanie wydzieliny wykazuje znamię rzeżączkowe. Zapalenie spojówki osiągnięte namokiem jest zapaleniem jekwirytyczném, laseczniki hodowane i wszczepione w spojówkę wywołują zapalenie zupełnie téj saméj natury.

Chibret (z Clermont-Ferrand) przystępuje do odczytu swego: „Brak jaglicy zaraźliwéj w okolicach wyżyn środkowéj Francyi i oznaczenie wysokości, w których cierpienie to traci znamię miejscowości (endemiczne).“ Od 19 lat praktykuje Chibret w okolicy środkowéj Francyi, a doświadczenia zrobione na 10 tysiącach chorych przekonały go, że jaglica tamże nie jest zaraźliwą. Zresztą badał także inne części Francyi, Szwajcaryi, Belgii, których wysokość równa się wysokości środkowéj Francyi. Z tych badań, które robił przy pomocy licznych kolegów, wyniósł przekonanie, że jaglica w krajach wymienionych przestaje być zaraźliwą po nad wysokość 230 metrów. Dr. Chibret zapytuje się, czy wysokość jest czynnikiem mającym wpływ na zaraźliwość jaglicy? W tym celu zasięgnął informacyi w Algierze, gdzie jaglica jest jeszcze zaraźliwą w wysokości 920 metrów. Ponieważ w Algierze ciepłota średnia w wysokości 920 metrów jest wyższą aniżeli we Francyi ciepłota na wysokości 320 metrów, przeto sądzi Chibret że nie sama wysokość przez się, lecz nie mniéj jako czynnik ciepłota pewną odgrywa rolę. Niezawodnie i Algier posiada wyżyny, w których jaglica przestaje być zaraźliwą, tylko wyniosłość tych wyżyn jest daleko znaczniejszą aniżeli we Francyi. W końcu przemawia Dr. Chibert za badaniem geografii oftalmologicznéj, która naprowadzić może na prawa lubo proste lecz nieprzewidziane.

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Myślenice. W miesiącu październiku r. b. stan zdrowia w powiecie bardzo dobry. W jednéj tylko miejscowości panuje dur plamisty, któremu uległo 32 osób, z tych troje zmarło. W téj saméj miejscowości okazało się kilka przypadków płonicy, która jednak nie przybrała charakteru choroby nagminnéj.

Dr. Czyżewicz.

Buczacz d. 4 listopada 1884. W powiecie buczackim krztusiec zwolna wygasa; w samém mieście Buczaczu pojawiają się sporadyczne przypadki błonicy i dławca z przebiegiem złośliwym; zresztą stan zdrowia w ogóle zadowalający.

Dr. Ferd. Obtułowicz.

Dobromil d. 5 listopada 1884. W miesiącu październiku wygasł dur brzuszny w Trzciancu (ludn. 1997), na 22 chorych wyzdrowiało 19, umarło 3. Pojawił się zaś w Kuźminie (l. 733), gdzie 5 osób w leczeniu pozostaje. Nadto sporadyczne przypadki téj choroby pojawiają się w Dobromilu. Płonica wygasła w Michowéj (ludn. 486), na 52 chorych wyzdrowiało 46, umarło 6. Pojawiła się w Tarnawie (ludn. 600), na 19 chorych wyzdrowiało 9, umarło 3. Sporadyczne przypadki wydarzają się w Dobromilu i Huczku. Koklusz w Hroszówce (ludn. 407), na 29 chorych wyzdrowiało 10, umarło 1. Z chorób stadnych wygasł wąglik ostry w Posadzie nowomiejskiéj, na 12 sztuk chorych padło 12 (2 konie i 10 sztuk bydła rogatego).

Dr. A. Bienczewski.

* **Cholera** pojawiła się w Nantes, mieście portowém nad Atlantykiem liczącém około 120,000 mieszkańców; występuje dotychczas łagodnie, bo od 1go bm. było tylko 25 przypadków choroby.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 19—25 października umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mie-

szkańców 28,9. Z ospy umarło 0 (2 z. t.); z odry 2 (0 z. t.): z płonicy 2 (4 z. t.); z błonicy 2 (4 z. t.); z krztuśca 1 (0 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku ospy (1 z. t.); 7 odry (6 z. t.); 10 płonicy, (10 z. t.); 2 róży (0 z. t.). W tygodniu od 12—18 października umarło z ospy w Londynie 10, świeżo zapadło 149, leczyło się w szpitalach 573. W Wiedniu, Genewie, Paryżu, Liwerpolu, Wenecyi umarło z ospy po 1, w Petersburgu i Madrycie po 2, w Pradze i Rzymie po 3, w Madrasie (od 31 sierpnia do 5 września) 3, w Lizbonie (od 1—6 września) 4. Z duru osutkowego umarło w Saragosie i San Francisco po 1. W Bombayu umarło z cholery (od 9—16 września) 21, w Kalkucie i Madrasie (od 1—6 września) 5 względnie 171 osób.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 4—12 października umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 24,5; w Warszawie 29,5; w Poznaniu 26,3; w Wiedniu 19,8; w Pradze 22,7; w Berlinie 25,9; w Hamburgu 30,5; w Gdańsku 27,1; w Mnichowie 25,1; w Dreźnie 18,1; w Lipsku 21,2; w Bazylei 11,6; w Brukseli 23,1; w Amsterdamie 28,1; w Hadze 20,2; w Paryżu 22,5; w Londynie 19,7; w Kopenhadze 23,6; w Stokholmie 23,8; w Chrystyjanii 21,4; w Petersburgu 20,0; w Odesie 25,4; w Rzymie 26,6; w Wenecyi 20,0; w Bukareszcie 20,3; w Madrycie 29,2; w Lizbonie 21,1; w Aleksandryi 36,1; w Nowym Yorku 26,5; w Filadelfii 18,5; w Bombayu 28,1; w Madrasie 60,7. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 6 listopada. Ruch wydawniczy ożywia się u nas; obok wydawnictwa krakowskiego i warszawskich, które w ostatnim czasie złożyły dowód świetny czynności swéj, ukazują się i dzieła własnym nakładem wydawane; do ostatnich należy dzieło Dra Rydygiera p. t. Podręcznik chirurgii szczegółowéj, którego pierwszy zeszyt właśnie otrzymaliśmy. Nie wyprzedzając oceny umiejętnéj, która niebawem w tygodniku naszym się ukaże, zaznaczyć jednak już teraz musimy, że dzieło to prezentuje się bardzo ładnie i tak pod względem języka, jakotéż druku i pięknych a licznych rycin stanie się nie małą ozdobą naszego piśmiennictwa.

* Ostrożnie z ogniem! Časop. lek. česk. zapisuje również wycieczkę *W. med. Woch.* przeciw Uniwersytetowi czeskiemu a stwierdzając przepełnienie Wydziału lek. czeskiego wykazuje potrzebę urządzenia katedr równorzędnych, na zarzut zaś, iż wielu Morawian zapisało się w Wiedniu, gdzie, jak wiadomo, pomimo najlepszéj woli w salach wykładowych nie znajdują pomieszczenia, odpowiada słusznêm żądaniem, aby urządzono drugi Uniwersytet czeski w Bernie morawskiém. *Tu l'a voulu monsieur George!*

* **Praga czeska.** Asystentem przy katedrze anatomii patologicznéj w Wydziale czeskim mianowany został Dr. Obrzut, rodak nasz i wychowaniec Uniw. Jagiell.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin.** Wydział lekarski na ostatniém swém posiedzeniu postanowił czynić dalsze kroki w sprawie narzuconego sobie prof. Schweningera. W ostatnim numerze *Berl. klin. Woch.* redakcyja występuje także przeciw oddaniu nowomianowanemu kierownictwa oddziałem dermatologicznym w Charité, namieniając, że przeprowadzenie na kimkolwiekbądź szczęśliwéj kuracyi Schweningerowskiéj nie nadaje jeszcze kwalifikacyi na dermatologa. — **Berno** szwajcarskie. W miejsce Aebego powołany został na prof. anatomii prof. Gasser. — **Wrocław.** Docent prywatny Dr. Hiller w Berlinie przeniósł się w tym samym charakterze do Wrocławia. — **Królewiec.** Profesorem fizyjologii mianowany został prof. Ludimar Hermann z Zurychu.

* **Wiadomości osobowe.** Starszy lekarz w armii czynnéj Dr. Maliszewski w Krakowie mianowany został lekarzem pułkowym 2éj klasy.

* **Nekrologija.** W Merseburgu umarł Dr. Rudolf Brenner, znany elektroterapeuta, dawniéj osiadły w Petersburgu, a późniéj prof. nadzw. w Lipsku. — W Bononii umarł prof. fizyjologii Dr. Ludwik Severini. — W Lubece umarł w 72 roku życia Dr. Avé-Lallemant, lekarz i poeta, znany jako uczestnik wyprawy na około świata, uskutecznionéj w r. 1859 na „Nowarze“.

W Wilnie umarł Dr. Adam Wersocki, wychowaniec b. Uniw. wileńskiego, jeden z najstarszych lekarzy tamecznych, dobrodziéj klasy rzemieślniczéj.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

Medycyny Nr. 44 poświęcony cały prof. Szokalskiemu, a w szczególności mieści w sobie artykuł wstępny p. t. Prof. Wiktor Feliks Szokalski, wiadomości bieżące i biblijograficzna, wszystko pióra Dra H. Dobrzyckiego. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 44 Heringa: Kwas chromny jako środek leczniczy w chorobach nosa, gardziela i krtani (c. d.); Zabłudowskiego: Uwagi ogólne o miesieniu w chirurgii, jego zastosowaniu i technice (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. M. DUNIN-WĄSOWICZ: Farmakognozyja. Zeszyt 5ty. Lwów 1884.

Prof. Dr. JURASZ: Kinderkrankheiten. (Sprawozdanie do rocznika Virchowa i Hirscha za r. 1883; odbicie z rocznika str. 610—651).

Dr. LUBELSKI: Sprawozdanie ze Zjazdu higijenistów w Hadze. (Odbicie z „Kroniki Lekarskiéj“ z r. 1884, str. 6).

Dr. L. RYDYGIER: Podręcznik chirurgii szczegółowéj. Tom I. Zeszyt 1szy. Poznań 1884, in 8vo str. 208 z 124 rycinami.

Dr. W. A. GLUZIŃSKI i Dr. JAWORSKI: Nowy przyczynek do sposobów badania żołądka. Rzecz wykonana w pracowni klinicznéj. (Odbicie z Przegl. Lek.) 1883, in 8vo str. 19 z tabl.

Dr. CLARK BELL, Esq. (prezes Tow. sądowolekarskiego w N. Yorku): Madness and crime. (Odczyt miany d. 24 września 1884 w Towarzystwie wspomnianém. Osobne odbicie z „The med. legal Journal“) in 8vo str. 27.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 12 listopada o godzinie szóstéj popoł. w Sali Akademii Umiejętn. posiedzenie zwyczajne, na którém 1) odbędzie się w dalszym ciągu dyskusyja nad wskazaniami do laparotomii w niedrożności jelit; 2) kol. Obaliński okaże kilkanaście nowszych narzędzi do leczenia chorób dróg moczowych, oraz kilka kamieni przez siebie skruszonych lub z pęcherza wyciętych.

Sprostowanie. W Nrze poprzednim na str. 580 szpalta II w ustępie *„Rhinoscleroma“* powinno być: Hebra jak również Kaposi w pracy swéj uważają raczéj chorobę tę za mięsak *(Granulationssarkom)*, która têm samém nie ma nic wspólnego z kiłą; na str. 582, szpalta I, wiersz 18 od góry ma być „rozpoczynano od wewnętrznego podawania balsamu kopaiwy lub pieprzu kubebowego“, — a tamże wiersz 13 od dołu ma być *„Zincum sulphuricum cum tra Sydenhamii“*.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 770.

KONKURS.

Na posadę lekarza miejskiego w Mikołajowie z roczną płacą 365 złr. w. a. prowizorycznie na jeden rok, poczém nastąpić może stabilizacyja.

O tę posadę konkurować tylko mogą Drowie wszech nauk lekarskich, krajowcy, którzy nie przekroczyli 40tego roku życia.

Podania należycie udokumentowane należy wnieść do tutejszego Magistratu najdaléj do 20 Listopada rb.

Dla wiadomości P. T. Kompetentów zauważa się, że dotychczasowy lekarz miejski był zarazem lekarzem kolejowym, wykonywał czynności sanitarne przy tutejszym c. k. Sądzie powiatowym i był także delegowanym przez c. k. Starostwo do oglądania bydła na stacyi kolejowéj Mikołajów-Drohowyże.

Z Magistratu kr. miasta w Mikołajowie d. 21 Października 1884.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

O R G A N

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 15 listopada 1884. **№ 46.** Rok XXIII.

I. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

Gorzykwiat wiosenny i konwalija majowa jako leki zastępujące naparstnicę.

(Według wykładu na posiedzeniu Tow. lek. krak. w dniu 15 października 1884).

Podał Dr. Wł. Antoni Gluziński.
I asystent kliniki lek.

Panowie! Na dzisiejszém posiedzeniu chcę zająć chwilę czasu dwoma lekami, które w ostatnich czasach zwróciły na siebie większą uwagę. Skuteczne składowe ich części należą do grupy, którą Schmiedeberg biorąc wzór z botaniki, gdzie familije noszą nazwy od wybitniejszéj rośliny, nazwał grupą digitaliny. Szereg środków tu należących wcale jest pokaźny, a skuteczne ich składniki sąto przeważnie glykozydy jużto łatwo, jużto trudno, jużto wcale niekrystalizujące, które pod względem chemicznym mają bardzo mało wspólnych cech, jak n. p., że nie zawierają azotu. Nie będę wymieniał wszystkich kolejno i zajmował się niemi, wspomnę tylko, że tu należą: *Digitalin, Digitoxin, Digitalein, (Digitalis purpurea), Antiarin (Antiaris toxicaria), Helleborein (Helleborus niger), Thevetin (Thevetia nercifolia), Stophantin (Stophantus hispidus), Apocynin, Apocynein (Apocynum cannabinum), Scillain (Urguinea scilla), Oleandrin (Nerium oleander), Adonidin (Adonis vernalis), Convallamarin, Convalaria majalis)* itd.

Jedne z nich są lepiéj i dokładniéj inne mniéj zbadane, wyniki jednak dotychczas otrzymane pozwalają je umieścić obok siebie, a znalezione pozorne różnice w działaniu dadzą się odnieść, jak się Schmiedeberg (*Archiv f. exp. Pathol. u. Pharm.* t. XVI, str. 166), wyraża, do stopnia siły samego działania, różnicy w rozpuszczalności w wodzie i zależnéj od tego wessalności. Typem całéj téj grupy środków jest naparstnica, a prawidła zdobyte dla niéj z większą lub mniejszą zmianą dadzą się zastosować dla innych tu zaliczonych środków. Zapatrywania na prawidła te farmakologiczne jakkolwiek znane od dawna, dzięki jednak pracom wyszłym przeważnie z pracowni Schmiedeberga na przetworach czystych, przybrały obecnie nieco inny kierunek, tak w pojęciu jak i w tłumaczeniu poszczególnych zjawisk. Pojęcia zaś o kliniczném działaniu naparstnicy, jakie jeszcze dzisiaj się wyznaje, a nawet w podręcznikach umieszcza, pochodzą przeważnie, jak wiemy, od Traubego.

Jako główne działanie uważał on pierwotnie zwolnienie tętna tłumacząc je zadrażnieniem n. błędnego, a idąc konsekwentnie daléj ze względu na znany fakt podany przez Ludwiga, że drażnienie n. błędnego obniża parcie krwi w tętnicach, musiał przypuścić obok zwolnienia tętna i obniżenie parcia. Gdy badania manometryczne wykazały błędność takiego pojmowania rzeczy, zastosował Traube swoje zapatrywania do tego, twierdząc, że zmiany w częstości tętna i parcia są zjawiskami równorzędnemi, pierwsze zawisłe od działania naparstnicy na układ regulujący ruchy serca, drugie na zwoje nerwowe samego serca. Podrażnienie obydwóch układów ma równocześnie sprowadzać zwolnienie tętna i zwiększenie parcia krwi, a spostrzegana następnie zwiększona ilość uderzeń serca i zmniejszenie parcia ma pochodzić od porażenia takowych. O działaniu na sam mięsień sercowy wzmianki nie było.

Traube ogłosił pracę swoją w r. 1861, i już w następnym roku Dybkowski i Pelikan, a daléj Meyer, Fothergill, Böhm i Schmiedeberg, wystąpili z spostrzeżeniami zwracającemi uwagę na szczególne zachowanie się samego mięśnia sercowego pod wpływem naparstnicy, z których wynikało, że obok układów nerwowych i sam mięsień sercowy nie podrzędną, jeżeli już nie pierwszorzędną gra rolę, że zwolnienie tętna i zwiększenie parcia nie są idącemi w parze zjawiskami, jak to uczył Traube i jego zwolennicy, lecz, że zwiększenie parcia jest zupełnie niezawisłe od częstości tętna. Dowodem tego było spostrzeżenie Williamsa (*Arch. f. exp. Path. u. Pharm.*, t. XIII, str. 1), że wśród głębokiego uspienia chloralem digitalin tylko parcie

krwi podnosi nie zwalniając tętna, dowodem tego spostrzeżenia na zwierzętach i ludziach wykazujące, że w 1 okresie obok zwiększenia się parcia nie zawsze stwierdzamy zwolnienie tętna, że w 2 okresie parcie zwiększone ciągle trwa, gdy tętno jest zwykle przyspieszone.

Opierając się na tych faktach Schmiedeberg (*l. c.*) wyprowadza zdanie ważne dla klinicysty: „parcie krwi nie jest zawisłe od zmian w częstości tętna i można przypuścić, że częstość tętna w zastosowaniu naparstnicy przy łóżku chorego żadnéj albo bardzo małą gra rolę. Dotychczasowe zapatrywanie, tak bardzo rozpowszechnione, że w wielu stanach chorobowych, którym towarzyszy szybkie tętno, odnosimy korzyść wskutek zwolnienia takowego przez naparstnicę, przez co serce zyskiwać ma na czasie, aby się mogło dokładniéj kurczyć, a więc więcéj krwi wcprzeć do tętnicy głównéj, jest zupełnie nieuzasadnione“. W przetworach więc należących do grupy naparstnicy posiadamy leki, które są w stanie wywołać u człowieka przeważnie podniesienie się parcia krwi wskutek większego wypełnienia tętnic, któreto osiągniętém bywa przez silniejsze działanie samego mięśnia sercowego.

W obec tego jedyne racyjonalne zastosowanie lecznicze tak digitaliny, jak i wszystkich tu należących środków może się odnosić tylko do tych przypadków, gdzie zachodzi potrzeba większego wypełnienia tętnic.

Uwagi poczynione odnoszą się naturalnie tylko do przetworów czystych, do samych skutecznych składników zawartych w poszczególnéj roślinie; przy użyciu całéj rośliny zamiast odpowiedniéj składowéj części wywołać możemy i uboczne skutki pochodzące od innych składowych części, jak n. p. przy użyciu naparstnicy od digitaliresiny i toksiresiny i t. d. W interesie więc lekarza i pacyjenta leżałoby używanie ile możności chemicznie czystych przetworów, któreby wstrzyknięte n. p. podskórnie bez wywołania zmian miejscowych łatwo ulegały wessaniu, które mogłyby sprawiać i podtrzymywać pożądany skutek, t. j. wypełnienie układu tętniczego. Prób w tym kierunku nie brakuje, cel jednak nie został jeszcze osiągnięty, gdyż otrzymanie chemiczne tych środków jest trudne a więc i bardzo kosztowne, a co ważniejsza, że po większéj części są one nierozpuszczalne, a więc trudno ulegają wessaniu, i że w miejscu zastosowania wywołują silną reakcyję.

Wśród tych warunków jesteśmy jeszcze zmuszeni stosować przy łóżku chorego nie chemicznie czyste skuteczne składniki, lecz przetwory dotychczas używane w postaci naparów, wyciągów, nalewek i t. p.

Z wszystkich należących do téj grupy środków od Kreysiga aż do ostatnich czasów prawie wyłączne zastosowanie w odpowiednich przypadkach chorobowych miała naparstnica, a jak się Rossbach wyraża, jest ona w tych razach „środkiem jedynym i nie dającym się zastąpić“.

Wartość jéj, znana każdemu z nas, podniosłaby się znacznie, gdyby można usunąć ujemne jéj strony, mianowicie szkodliwy wpływ na przewód pokarmowy po dłuższém używaniu, a zwłaszcza zdolność wywolywania zbiorowego działania, która wymaga ciągłéj czujności lekarza. Obawa skutków zbiorowych naparstnicy każdemu z nas już jest podczas studyjów wpajana, a jakkolwiek może zdanie Schmiedeberga (*l. c.* s. 185), że tak zwane otrucia lekarskie (*medicinale Vergiftungen*) przy żadnym środku tak często się nie zdarzają, jak wśród użycia naparstnicy, jest nieco za jaskrawe, jednak zupełnie są usprawiedliwione poszukiwania za innym środkiem, któryby ujemnych stron naparstnicy nie miał, zachowując jéj skuteczność.

W ostatnich latach jako takie leki polecono dość energicznie także Gorzykwiat wiosenny (*Adonis vernalis*) i konwaliję majową (*Convalaria majalis*). Nic dziwnego, że z potrzeby nie poskąpiono im uwagi, nic dziwnego, że i ja zajmę Panom chwilę czasu wynikami doświadczeń dokonanych w klinice prof. Korczyńskiego, poprzedzając takowe krótką wzmianką historyczną o obydwóch tych lekach.

Gorzykwiat wiosenny (*Adonis vernalis*) jestto roślina należąca do rodziny *Ranunculaceae*; w botanice znana od r. 1544, w medycynie używana w wiekach średnich wspólnie z *rad. Helleb nigr.* Frank wspomina o niéj, że „posiada własność w pewnym stopniu ogrzewania i wysuszania; kąpiel przyrządzona z niéj wywołuje silne poty i odpędza złe i chłodne wilgocie“. Podobne wzmianki, jak również, że w aptekach zamiast *Helleborus niger* sprzedają *Adonis vernalis*, spotykamy w XVIII wieku u Pfaffa, Loseka, Richtera i innych.

W bieżącém stuleciu gorzykwiat wyszedł zupełnie z użycia tak, że w r. 1840 Geiger mówi: „korzenie jego były kiedyś w tym samym celu jak korzenie z *Helleborus niger* używane i posiadają podobne własności jak te ostatnie“.

Wyrzucony z aptek schronił się do chat wiejskich i przechował się do naszéj pamięci jako środek ludowy; wzmianek więc późniejszych o nim należy szukać w dziełach obejmujących środki ludowe, jak n. p. Krebela, który wspomina, że w Rosyi używa lud tego środka w rozmaitych stanach chorobowych, jako środka przeczyszczającego, przeciw kurczom i t. p. Noss (*Mosk. Gazeta lekarska* 1860, Nr. 11 i 12) opisując 5 przypadków ogólnéj opuchliny wyleczonych tym środkiem donosi, że lud przeważnie przeciw takowéj gorzykwiatu używa i podaje sposób używania takowego u ludu.

Ta wzmianka zdaje się nasunęła myśl Botkinowi do podania środka tego ścisłemu klinicznemu badaniu. W r. 1879 mamy więc pierwsze tymczasowe doniesienie naukowe Bubnowa (*St. Petersb. med. Wochenschrf.* 1879, Nr. 27) o korzystném działaniu gorzykwiatu w opuchlinach, (ale tylko stojących w związku ze zmianami w sercu), któreto działanie jest podobne jak naparstnicy, a nieraz nawet dzielniejsze szczególniéj u osób, które biorąc dłuższy czas naparstnicę do takowéj się przyzwyczaiły.

Równocześnie prawie zabrano się i do zbadania składu chemicznego. W r. 1876 Linderos (*Liebigs Annalen der Chemie*, t 182, 1876) w pracowni Markownikowa wykrywa w liściach gorzykwiatu akonityn wapniowy i potasowy, Günther sposobem używanym do otrzymania alkaloidów dostaje szereg przetworów, których Bubnow doświadcza i przekonywa się, że działanie ich jest podobne, jak naparu gorzykwiatu. Cervello (*Arch. f. exp. Path. u. Therap.*, t. XV, str. 235) wykrywa glykozyd łatwo rozpuszczalny w wyskoku, trudno zaś w eterze i wodzie, który działa trująco na serce i równa się w działaniu digitalinie, a nawet przewyższa takową, i któremu nadaje nazwę adonidynu.

Mimo doniesienia Bubnowa i prac chemicznych co dopiero przytoczonych nie kwapiono się zrazu z podawaniem dalszych wyników, Nothnagel tylko w znaném dziele farmakologii wyraża się wcale nie zachęcająco, mówiąc: „co do nas nie widzieliśmy dotychczas żadnego skutku umyślnego

w chorobach serca w okresie zaburzonéj kompenzacyi po zastosowaniu tego środka".

Bubnow (*Deut. Arch. f. kl. Med.*, t. XXXIII, str. 362) ogłasza następnie obszerną rozprawę tak co do klinicznego jak i fizyjologicznego działania. To ostatnie przeprowadza na zwierzętach zimno i ciepłokrwistych, udowodnia, że gorzykwiat należy do trucizn serca, że podobnie, jak przy naparstnicy stwierdzić można pojedyncze okresy działania zależne od dawki. Wyniki fizyjologicznych badań, które stawiają gorzykwiat obok naparstnicy, potwierdza Bubnow, dalszemi klinicznemi spostrzeżeniami, które go doprowadzają do potwierdzenia pierwotnie wypowiedzianego zdania, i do zalecenia gorzykwiatu w praktyce, zwłaszcza, że nie wywiera zbiorowego działania jak naparstnica. Bubnow nadmienia przytém, że musi istnieć pewna różnica w działaniu między jednym a drugim środkiem, który ani drogą doświadczalną na zwierzętach ani klinicznie wykazać mu się nie udało, gdyż spostrzegał pewną liczbę przypadków ze zboczoną kompenzacyją w krążeniu, która wśród używania naparstnicy nie ustępowała a poprawiała się szybko po użyciu gorzykwiatu i odwrotnie.

Oprócz téj pracy mamy jeszcze krótkie tylko doniesienie Altmanna (*Deut. med. Zeitung* 1884, str. 55), stwierdzające spostrzeżenia Bubnowa. (C. d. n.).

II. O schyzomycetach w ropie.

Podał Dr. Med. **J. Ziemacki.**

Wiadomo, że badania nowsze drobnowidowe nad ustrojami niższemi w sprawach zapalnych organizmu źwierzęcego coraz bardziéj i coraz nieprzeparciéj wykazują stałą obecność tych ustrojów w zapaleniu. Okoliczność ta daje silną podporę teoryi o przyczynowym związku pomiędzy schyzomycetami a chorobą. Jakoż trzeba przyznać, że nowsze badania współczesnych nam bakteryjologow dla wielu chorób teoryję tę udowodniły przez eksperymenta na zwierzętach poczynione. Tak np. nie wątpimy już wcale, że w *pustula maligna* stale występuje *bacillus anthracis*; a przez doświadczenia możemy się dowodnie przekonać, że laseczniki karbunkułowe są jedyną przyczyną téj choroby.

W cierpieniach septycznych, t. j. takich, w których w skutek miejscowego zapalenia jakiegokolwiek organu, — np. skóry, błony otrzewnéj, powierzchni wewnątrzmacicznéj, — przychodzi do ogólnego zakażenia krwi, poszukiwano od lat już 12 takiego samego czynnika, jaki odkryto w karbunkule, gdyż analogija tych stanów chorobowych jest bardzo wielką [1]. Ale poszukiwania te napotkały znaczne trudności. Nasamprzód już z tego względu, że nie znamy jeszcze dokładnie chorób septycznych. Wciąż jeszcze trwa sprzeczka o nazwy: *septicaemia*, *pyaemia*, *pyo-septicaemia*. Każdy niemal klinicysta przez nazwy te co innego rozumie a co innego anatom. I nic dziwnego. Kliniczny przebieg tych chorób jest bardzo rozmaity, nieraz nadzwyczaj zawiły. A i pod względem patologicznym zmiany anatomiczne są bardzo a bardzo różne. Dotychczas jeszcze nie potrafiła nauka usystematyzować i uporządkować zawikłaną tę dziedzinę. Dotychczasowy nieład wynika ztąd, że sztucznie łączymy nieraz tutaj całkiem różne cierpienia w jedno, a innym razem być może postępujemy na odwrót i genetycznie identyczne choroby wciskamy w ramy odmienne. Mnie się wydaje, że za głębszém wniknięciem w istotę cierpienia, a szczególniéj przy większym zrozumieniu etyjologicznego związku pomiędzy chorobą, jéj objawami a momentem przyczynowym, potrafimy w przyszłości lepiéj zrozumieć istotę całéj téj grupy chorób. W chwili bieżącéj nie powątpiewam bynajmniéj, że wkrótce potrafimy rozróżnić kilka gatunków septicemii. Nie miejsce po temu, aby się wdawać tutaj w dalsze przypuszczenia. Dla tegoto przechodząc do drugiéj okoliczności, utrudniającéj badanie w téj gałęzi, muszę nadmienić, że w skutek nadzwyczajnéj małości ustrojów drobniejszych pasorzytniczych w chorobach septycznych badania drobnowidowe są daleko trudniejsze niż wobec wąglika. Bądź co bądź faktem jest, iż w skutek tych lub owych przyczyn badania na tém polu nie wydały dotychczas tak pewnego i jasno określonego rezultatu jak w wągliku.

Pierwszym był Klebs, który wszelkie zapalenie ropne tkanki łącznéj postawił w prostéj zależności od obecności mikrorganizmu, występującego w postaci prątków lub drobnoziarnistych mas, nazwanych przezeń *microsporon septicum*. Nieco pierwéj Recklinghausen, a nieco później Waldeyer, znaleźli drobnoziarniste masy, znane pod nazwą: *zoogloea* lub *kolonije* w ropnych ogniskach różnych organów w chorobach septycznych. Byłoto w r. 1872. Od téj pory, zaczęły się mnożyć rozprawy i obecnie literatura o tym przedmiocie urosła do bajecznych rozmiarów [1]).

Jakkolwiekbądź ilość prac z tego zakresu stanowi całą legiję, w pewnym jednak względzie panuje zupełna zgoda Wszyscy, prawie bez wyjątku twierdzą, że mikroorganizmy są stałymi towarzyszami zapalenia. Odkryto je w najrozmaitszych tkankach będących w stanie zapalnym. Ilość i jakość tych mikroorganizmów były bardzo rozmaite. Sposób występowania, umiejscowienie, reakcyja fizyjologiczno-patologiczna ze strony tkanki żyjącéj także były bardzo różne. Jestto fakt nader ważny. Zwrócono nadto uwagę na ropę. Ropa jest produktem zapalenia i ostatecznym jego wynikiem. Pod względem klinicznym rozróżniamy zapalenia ostre i zapalenia przewlekłe. Nie wchodząc bliżéj w tę sprawę, nadmieniam, że w danym razie jest mowa tylko o zapaleniach ostrych, prowadzących do ropienia. Zapalenia ostre tkanki łącznéj przebiegają nader szybko, doprowadzają w przeciągu kilku dni tkankę łączną do ropnego nacieczenia, które po paru dniach kończy się wytworzeniem ropnia, wrzodu, owrzodzenia lub wysięku ropnego. Otóż w wielu przypadkach, w których badano pod tym względem ropę — znajdowano drobnowidowe ustroje. W roku bieżącym podjąłem się zbadać tę ciekawą kwestyję. W moich przypadkach badałem ropę właśnie w owym ostatecznym okresie zapalenia, gdy już ropa została wytworzoną w ilości wielkiéj i zlała się w miejscach podległych zapaleniu w mniejsze lub większe ogniska ropne. Jakkolwiekbądź z natury rzeczy wynikałoby, że w tym okresie ropa zawierać może już tylko resztki lub przynajmniéj da-

[1]) Biorąc rzecz ściśle zaraza karbunkułowa w swym klinicznym przebiegu przedstawia nie co innego, jeno to co przywykliśmy nazywać *sepsis*. Podług mojego zapatrywania się na istotę chorób septycznych, sposób rozwijania się, powstawania, przebieg w ogóle cały obraz kliniczny cierpienia karbunkułowego jestto *par excellence* obraz niemal — typ septicemii.

[1]) Ciekawego czytelnika chcącego zapoznać się z literaturą odsyłam do spisu podanego przeze mnie w *Beiträge z. Kenntniss d. Micrococcencolonien bei septischen Erkrankungen* w „Zeitschrift der practischen Heilkunde" T. IV. 1883. Praga, jakoteż do Zopfa: *Spaltpilze*, II wydanie 1884. Szczególniéj zasługuje na uwagę wielkie dzieło Gussenbauera: *Septhaemie*, *Pyohaemie*, Pyo-Septhaemie z r. 1883, w którém nadto mieści się szczegółowa krytyczna ocena wszystkich badań i teoryj.

leko już mniejsze ilości mikroorganizmów niż w czasie szczytu zapalenia, t. j. że aczkolwiek mogłoby wydawać się prawdopodobném przypuszczenie, że rezultaty tych poszukiwań mogą być niestałe i zawodzące, to jednak w istocie rzeczy stało się zupełnie inaczéj. Albowiem pomimo téj teoretycznie tak ważnéj okoliczności (spóźnionéj pory badania) w każdym badanym przypadku bez wyjątku miałem wynik dodatni. Ogólne wnioski, które wysnuwam na podstawie tych wyników, uważam jeszcze obecnie za tymczasowe. Podzielić się jednak rezultatami z czytelnikiem uważam za potrzebne z tego względu, że w kilku kierunkach natrafiłem na nowe, jak mi się obecnie zdaje, fakty.

Przedsięwziąłem badanie ropy w tych chorobach, w których ropa występuje w jakichkolwiek bądź miejscach ciała. Tak np. w idyjopatycznem ropném zapaleniu tkanki łącznéj: *panaritium*, *paronychia*, *phlegmone*. W ten sposób obok *pyemii* figuruje *osteomyelitis acutiss. multiplex*, *lymphadenitis*, *lymphangioitis*, najrozmaitsze ropnie ostre, zapalenia skóry ropne komplikujące, a raczéj będące skutkiem róży i t. d. Ropni przewlekłych nie przytaczam, chociaż i takie badałem, w liczbie jednak niewielkiéj. Wystarczy, jeżeli tutaj nadmienię, że zgodnie z wielu innymi badaczami w tych przewlekłych ropniach nie znalazłem nigdy takich mikroorganizmów, jakie opiszę poniżéj przy ostrych zapaleniach. W ropniach przewlekłych na podstawie kiłowéj, w t. zw. kiłakach zropiałych, nie udało mi się ani razu odszukać schyzomycetów. W niektórych przewlekłych ropniach udało się łatwo wykazać obecność lasecznika gruźliczego Kocha, a to barwiąc podług metody Ehrlicha-Kocha. W niektórych ropniach, których cecha gruźlicza w ten sposób została udowodnioną, znajdowałem nadzwyczaj wielkie ilości tego prątka.

Również nie udało mi się spotkać w ropie obok prątków Kocha, będących cechą ropnia gruźliczego, mikroorganizmów widzianych przezemnie w ropniach ostrych, pomimo tego, że jestto rzecz arcy możliwa: gdyż prosty gruźliczy przewlekły ropień, np. *caries*, może łatwo przejść w zapalenie ostre. W tym razie zapalenie ostre należy uważać jako komplikacyję i będzie to już przypadek mięszany. Obok prątków gruźliczych Kocha będą tu i bakteryje septyczne. Pomimo całéj możliwości takiego przypadku w teoryi, w praktyce pomiędzy tylu przypadkami, które posłużyły mi jako materyjał, nie wydarzył się ani jeden podobny.

Zbadałem ogółem 15 przypadków. Przy badaniu używałem następującéj metody. Jest ona prędką, łatwą do zrobienia i daje wyniki bardzo dokładne, jak się mogłem przekonać z kilkuset dotychczas zrobionych doświadczeń, w części już w innem miejscu ogłoszonych, w części zaś jeszcze niewydanych. Jestto sposób podany przez R. Kocha do zabarwienia mikroorganizmów we krwi lub ropie. Ropa rozciera się na cienką warstewkę pomiędzy dwoma szkiełkami, podsusza się na niewielkim ogniu, aby ścięło się białko i ropa mocniéj przylgnęła do szkiełka, i na minut kilka lub kilkanaście wpuszcza się do 2% rozczynu farby anilinowéj. Najlepsze zabarwienia daje tylko barwa gencyjano-fijoletowa i fuksyna. W téj pracy najczęściéj używałem farby gencyjano-fioletowéj. Dla kontroli jednak w każdym przypadku barwiłem fuksyną i barwą anilinową błękitną. Albo wrzucałem do wody destylowanéj zakwaszonéj lekko kwasem octowym, albo zmywałem prędko w spirytusie stężonym. Po wysuszeniu kładłem do olejku gwoździkowego, albo nawet wprost do balsamu kanadyjskiego.

Nieraz oprócz tego pozbawiałem ropę tłuszczu przedwstępnie przez spłukanie jéj eterem lub chloroformem, albo przez umieszczenie preparatu w mięszance eteru ze spirytusem. Czyniłem to przed rzuceniem do rozczynu anilinowego, a po ogrzaniu nad lampką spirytusową. Jestto modyfikacyja mała, ale bardzo ważna. W skutek tego, że tłuszcz z ciałek ropnych i z płazmy ropnéj przechodzi do eteru, względnie do chloroformu — preparat pozbawia się tłuszczu, który, jak wiadomo, znajduje się w każdéj ropie w różnéj ilości. Po wysuszeniu szkiełka od eteru, co się dzieje bardzo prędko, wkładam szkieleczko — jakto niżéj podaję — do barwnika. W tym razie preparat przesiąka nadzwyczaj równo i prędko rozczynem farby. Nieco inaczéj rzecz się ma podówczas, gdy odtłuszczenie nie było przeprowadzone. Płyn wodny nie przesiąka równo przez warstewkę w skutek obecności tłuszczu. Zostają w preparacie miejsca wcale niezabarwione lub przynajmniéj daleko słabiéj zabarwione niż po odtłuszczeniu. Ztąd preparat nieodtłuszczony ma nieraz wejrzenie drobnoplamiste. Schyzomycety barwią się po odtłuszczeniu bardzo dobrze i bardzo wyraźnie, gdyż warstewka tłuszczowa, któraby je mogła lub miała przypadkowo osłaniać, zostaje usuniętą. Na modyfikacyję tę zostałem mimowoli naprowadzony przez spostrzeżenie, które zrobiłem badając ropę w trzech przypadkach *osteomyelitis acutissima*. Jak wiadomo, ropa w *osteomyelitis* zawiera niepomiernie wielką ilość tłuszczu, bez porównania większą niż ropa w zapaleniu jakiejkolwiek innéj tkanki. Tłuszcz występuje tutaj nawet w postaci wielkich kropel. Otóż dopóki w *osteomyelitis* farbowałem ropę nieodtłuszczoną w eterze, dopóty otrzymywałem rezultaty niepewne i niejasne. Zdarzały się rozległe miejsca w preparacie, a nawet — co większa — bywało po kilka preparatów zrzędu naraz, w których nie udawało się odszukać mikrorganizmów. Zupełnie co innego miało miejsce od chwili, gdy mi przyszła myśl przeprowadzić przedwstępne odtłuszczenie. Preparaty zyskały ogromnie na barwieniu. Farba przenikała je całkowicie i jednostajnie. Od téj pory ujawniła się daleko większa ilość mikroorganizmów. Mogłem teraz już bardzo dokładnie badać ich rozkład, uporządkowanie i postać. Ziarnistość preparatu nieodtłuszczonego, będąca wielką zawadą w badaniu znikła niemal zupełnie, a przynajmniéj mocno się zmniejszyła. (C. d. n.)

III. Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych prof. Rosnera.

Sprawozdanie naukowe z ruchu chorych w téjże klinice w ciągu roku szkolnego 1883 i 1884.

Podał Dr. Leon Kopff
asystent kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 45).

Kiła.

Sprawozdanie z przebiegu i leczenia chorób kiłowych podzielimy dla łatwiejszego przeglądu na cztery naturalne grupy. Grupa pierwsza obejmować będzie przypadki kiły pierwotnéj, druga przypadki kiły wtórorzędnéj świeżéj, trzecia przypadki kiły wtórorzędnéj odnawiającéj się, wreszcie grupa czwarta przypadki kiły późnéj (*Syphilis tardiva vel tertiaria*).

W ciągu lat dwóch leczono na kiłę w różnych jéj okresach 272 przypadków, z czego przypada na mężczyzn 124, na kobiety 155. Ta przewaga kobiet, zdająca się stać w sprzeczności z podaniami większéj części autorów, twierdzących, że na kiłę znacznie więcéj choruje mężczyzn niż

kobiet, zdaje się pochodzić ztąd, że znaczna część mężczyzn leczyła się prywatnie lub też w szpitalu wojskowym, kobiety zaś, z małemi stosunkowo wyjątkami, wszystkie dostawały się do kliniki i do szpitala.

I. *Syphilis primaria. Ulcus induratum.*

Na wrzód twardy kiłowy leczono 33 chorych, pośród których 18 mężczyzn, a 15 niewiast. Ta stosunkowo mała liczba przypadków kiły pierwotnéj w porównaniu do ilości przypadków leczonych na późniejsze okresy, tłumaczyć się zdaje tém, że wiele przypadków, szczególniéj u mężczyzn, usuwało się od naszéj obserwacyi. Przy znanéj obojętności ludu naszego o swoje zdrowie nic dziwnego, że małe owrzodzenia lub nadżerki na prąciu lub gdziekolwiek na częściach rodnych, niedające się choremu poznać bólem, że zupełnie niebolesne obrzmienie gruczołów pachwinowych, wcale chorego nie zaniepokajało, i nawet często uwagi jego uchodziło. Dopiero pojawiające się objawy wtórorzędne, w szczególności zaś kłykciny sączące, sprowadzały chorych do kliniki. Niejednokrotnie zdarzało nam się też dla tego słyszeć naszych chorych, twierdzących, że nigdy przed wystąpieniem bólu gardła lub wysypki na skórze żadnego owrzodzenia na częściach rodnych nie mieli, i dziwiących się, żeśmy znaleźli jakieś stwardnienie bliznowate, zajmujące tak bardzo naszą uwagę. Dla tego też przypadki wrzodu twardego u mężczyzn w klinice naszéj leczonych przedstawiały się jako klasyczne, trwające niezawodnie zawsze już czas dłuższy, mniéj więcéj od 4—8 tygodni. Wrzód był więc zawsze duży, nierzadko dyfterytyczny, niemogący ujść uwagi chorego, lub też zalupka (*Paraphimosis)* albo stulejka (*Phimosis)* i z niéj wypływająca ropa skutkiem zapalenia żołędzi sprowadzały naszych chorych do szpitala, często z twierdzeniem, że mają rzeżączkę.

Wrzodów pierwotnych w samych ich początkach, a więc występujących w postaci nadżerka, ani razu nie spotkaliśmy u mężczyzn w ciągu dwulecia.

U kobiet przysyłanych przez policyję częściéj się zdarzało napotkać postacie wrzodu początkowe lub też owrzodzenia mniejsze, trudniejsze do rozpoznania, jak np. formy nadżerkowe (*chancre érosif*), guziczkowe (*chancre papuleux)* i wrzodziejące (*chancre exulcereux)*.

W żadnym z naszych przypadków nie można się było cokolwiek pewnego dowiedzieć o długości czasu wylęgania się jadu syfilitycznego. Chorzy nasi, jak się to zwykle dzieje, odnosili zawsze powstały wrzód do ostatniego spółkowania, które też sobie dobrze zapamiętali. Tymczasem nie umieli nigdy podać, kiedy i ile razy poprzednio spółkowali, tak, że opowiadania ich nie miały dla nas żadnéj wartości i na ich podstawie bezwarunkowo nie można było jakichkolwiek wniosków wysnuć.

Siedliskiem wrzodu twardego u mężczyzn w naszych przypadkach był najczęściéj rowek okołożołędziowy, daléj żołędź sama i powierzchnia wewnętrzna napletka. Rzadziéj o wiele napotykaliśmy wrzód pierwotny na więzadełku napletka lub też na skórze prącia. W jednym przypadku wrzód twardy znajdował się w samém ujściu cewki moczowéj i stanowił mechaniczną przeszkodę w oddawaniu moczu. W drugim znów przypadku wrzód usadowił się w saméj cewce moczowéj niedaleko poza jéj ujściem. Wówczas łatwo mógł uledz przeoczeniu i można go było uważać za rzeżączkę. Wreszcie w jednym przypadku siedzibą wrzodu twardego była dolna warga ust.

U kobiet siedliskiem najczęstszém wrzodu twardego były wargi sromne większe, daléj wargi mniejsze i zatoka czółenkowata, — rzadziéj zaś łechtaczka, jéj napletek i okolica ujścia cewki moczowéj. W jednym przypadku wrzód znajdował się na sutku tuż przy brodawce. Kobieta ta dostała go od dziecka, które karmiła jako mamka. Powróciwszy do domu zaraziła męża i troje dzieci, którzy wszyscy leczeni byli w klinice. W dwóch przypadkach siedzibą wrzodu była dolna warga ust (w jednym z nich u dziewicy 17-letniéj, pocałowanéj przez brata, urlopowanego z wojska). W jednym wreszcie przypadku u prostytutki znaleźliśmy kiłę pierwotną na wzgórku łonowym.

Stale i bez wyjątku towarzyszyły wszystkim wrzodom twardym obrzmienia gruczołów limfatycznych w najbliższém sąsiedztwie. Obrzmienie dotyczyło zawsze całéj plejady gruczołów i było tak charakterystyczném, że w nie jednym przypadku było momentem rozstrzygającym w rozpoznaniu. Tak więc przy zwykłém siedlisku wrzodu na częściach rodnych obrzmienie dotyczyło najbliższych gruczołów po obu stronach w pachwinach, różniąc się tylko między jedną a drugą stroną wielkością obrzęku i ilością obrzmiałych gruczołów. Gdy wrzód pierwotny miał znów siedzibę na wardze ust, obrzęk występował charakterystycznie w gruczołach podszczękowych po obydwu stronach, lecz zawsze więcéj po stronie téj, na któréj się wrzód znajdował. Jeżeli znów wrzód twardy znajdował się na sutku, obrzmiałemi były gruczoły pachowe i to po obydwóch stronach, zawsze jednak po stronie odpowiadającéj wrzodowi nierównie mocniéj.

Obrzęk gruczołów utrzymywał się przez cały czas trwania kiły pierwotnéj, wcale się nie zmniejszając. Dopiero z wystąpieniem objawów drugorzędnych rozpoczynało się nagłe zmniejszenie obrzmiałych gruczołów, które jednakowoż zawsze się jeszcze utrzymywało czas dłuższy, tak żeśmy gruczoły nie rzadko znajdowali jeszcze obrzękłemi u ludzi przychodzących z nawrotami kiły.

Rozumie się samo przez się, że leczenie antysyfilityczne nie było bez wpływu na wessanie obrzęku gruczołowego. Leczenie takie, szczególniéj stosowane już w kile pierwotnéj, znacznie przyspieszało zmniejszanie się obrzmiałych gruczołów.

O powikłaniach, jakie się wydarzały w naszych przypadkach kiły pierwotnéj, nie da się wiele powiedzieć. Do najczęstszych powikłań należały stulejka i załupek. Powikłania te nie wymagały zazwyczaj szczególniejszéj pieczy koło chorego i przy zwykłém leczeniu ustępowały.

Wrzód dyfterytyczny spotkaliśmy pięć razy, mianowicie u czterech mężczyzn i jednéj kobiety. Przy odpowiedniém leczeniu charakterystyczna powłoka nekrotyczna prędko ustępowała, nie pociągając żadnych innych złych następstw dla chorego. Zauważyliśmy jednak, że zwykle w przypadkach takich objawy kiły wtórorzędnéj należały do cięższych.

Leczenie tylko czysto miejscowe jest regułą w naszéj klinice. Leczenie to ograniczało się do obmywania rany 2% kwasem karbolowym, zasypywania jodoformem i zakładanie waty Brunsa. W przypadkach tylko wyjątkowych stosowaliśmy rtęć już w samym początku. Za wskazanie do tego wyjątkowego leczenia służyło nam w naszych przypadkach raz mechaniczne utrudnienie w oddawaniu moczu przez usadowienie się wrzodu w ujściu cewki moczowéj, a drugi raz znaczne obrzmienie prącia skutkiem zalupka, niedającego się żadną miarą odprowadzić.

Leczenie wewnętrzne w kile pierwotnéj polegało więc w naszych przypadkach na dobrém odżywianiu chorego, na podawaniu niedokrewnym żelaza z chininem, w ogóle na le-

czeniu, którego celem było usposobić ustrój do jak najlepszego przetrwania kiły wtórorzędnéj.

W pięciu tylko przypadkach w ostatnich miesiącach b. r. (lipcu i sierpniu) powróciliśmy w celach demonstracyjnych do dawnego sposobu leczenia i podawaliśmy, jak to Fournier jeszcze dotąd gorąco zaleca, jodek rtęciowy w pigułkach wewnętrznie (*Rp. Protojodureti Hydrargyri 1·00 Extr. opii aquosi 0·30, Extr. et plv. acori q. s. ut f. l. a. pill. quadraginta. S.* Wieczór dwie pigułki).

Z pięciu tych przypadków mieliśmy sposobność spostrzegać u dwóch kobiet późniéj wybuch kiły drugorzędnéj. W obydwóch przypadkach kiła ta miała charakter dość łagodny, ograniczając się do plam na skórze i nieznacznych w jednym przypadku kłykcin sączących w gardle. Zwróciło moją uwagę, że u obydwóch kobiet nie było zupełnie kłykcin sączących na częściach rodnych. Czy zatém we wszystkich przypadkach kiły pierwotnéj podawanie rtęci zawsze jest przeciwwskazaném, nie możemy jeszcze z całą stanowczością rozstrzygać. Doświadczenia ostatnie nasze w tym względzie, ograniczające się tylko do pięciu przypadków, nie mogą służyć za podstawę do jakiegokolwiekbądź sądu. W każdym razie uważamy podawanie rtęci w kile pierwotnéj wewnętrznie za przeciwwskazane, przynajmniéj w przypadkach dotyczących osób niedokrewnych i źle odżywionych. Tutaj rtęć podkopując tylko jeszcze bardziéj odżywienie mogłaby tylko choremu bezwątpienia przynieść szkodę, lecz nie pomoc.

Żałujemy, że jak to wyżéj wspomniano, nie napotkaliśmy żadnego przypadku wrzodu twardego w samym jego zaczątku, kiedy jeszcze przypuszczać było można, że jad kiłowy jest tylko jeszcze w jedném miejscu umiejscowiony. Nie mając więc żadnego takiego odpowiedniego przypadku nie mogliśmy przedsięwziąść prób, z tak gorąco z niektórych stron polecaną metodą wycięcia pierwotnego nadżerka. Nie możemy więc w tym względzie wypowiedzieć naszego zapatrywania w téj ważnéj kwestyi.

Leczenie wrzodu twardego w naszych przypadkach trwało średnio u mężczyzn 20, u kobiet $16\frac{1}{2}$ dnia.

W przypadkach załupka stosowaliśmy leczenie jak przy stulejce z przyczyny wrzodu miękkiego. W przypadkach załupka prócz leczenia przeciwgnilnego samego wrzodu stosowaliśmy kąpiele ciepłe. Na stwardniałość, pozostającą w niektórych przypadkach po wrzodzie twardym, polecaliśmy plaster rtęciowy (*Rp. Emplastri saponati, Emplastri mercurialis āā*).

Przeciw obrzękowi symptomatycznemu gruczołów nic nie robiliśmy, uważając wszelkie leczenie za bezcelowe, mianowicie gdy nie było żadnéj komplikacyi.

II. *Syphilis secundaria recens.*

Na kiłę świeżą wtórorzędną leczono w ciągu lat dwóch osób 116, to jest 43 mężczyzn i 73 kobiet. Czas leczenia wynosił średnio u mężczyzn 29, u kobiet $31\frac{1}{4}$ dnia.

Chorzy, którzy do kliniki przybywali, okazywali zazwyczaj już wybitnie rozwiniętą kiłę drugorzędną, tak ze zmianami na skórze jak i na błonach śluzowych, a często i w innych narządach. Stosunkowo więc rzadko wydarzało nam się spostrzegać rozwijającą się kiłę drugorzędną w samych jéj początkach. W 7u więc tylko przypadkach, u 5 kobiet i 2 mężczyzn, widzieliśmy objawy zwiastunowe, poprzedzające wybuch kiły drugorzędnéj. We wszystkich tych pięciu przypadkach mieliśmy następnie obraz kiły cięższéj.

Objawy zwiastunowe w naszych przypadkach polegały w samych początkach na bólu głowy, szczególniéj mocnym ku wieczorowi, na ogólném osłabieniu, braku apetytu itp. Do objawów tych, kilka dni zazwyczaj trwających, przystępowały często w dalszym ciągu bóle mięśniowe, bóle w stawach, w kościach bez szczególniejszéj lokalizacyi i bez jakichkolwiek zmian dających się klinicznie wykazać. W końcu tego okresu chorobowego, zwykle po mniéj lub więcéj wybitnych dreszczach, ciepłota szybko się wznosiła, dochodząc w ciągu jednego lub dwóch dni nawet powyżéj 40°C. Gorączka ta we wszystkich naszych przypadkach miała charakter gorączki ciągłéj, zwykle w godzinach rannych zwalniającéj, niekiedy blisko o cały stopień. Objawy towarzyszące téj gorączce były tego rodzaju jak w innych gorączkach na tle zakaźném, a więc polegały na przyspieszonéj znacznie czynności serca, na bólu głowy, osłabieniu, bezsenności i braku łaknienia. W jednym tylko przypadku u kobiety 42 lat, u któréj potém wystąpiła ciężka kiła w postaci łuszczycy, u kobiety zresztą bardzo wynędzniałéj, niezauważyliśmy wcale utraty apetytu. Chora ta, mimo wysokiéj ciepłoty, dopominała się ciągle jedzenia, i zjadała istotnie więcéj niż towarzyszki jéj niegorączkujące. Mieliśmy więc tutaj do czynienia z żarłocznością, jaka niekiedy towarzyszy gorączce kiłowéj, a któréj liczne przykłady podaje Fournier. Gorączka kiłowa trwała zwykle kilka do kilkunastu dni, w przypadkach jednak cięzkiéj kiły, u osób wynędzniałych, przeciągała się na parę tygodni, naśladując swoim przebiegiem gorączkę durzycową. Cechującém tę gorączkę było, że chinin, podawany nawet w większych dawkach, nie miał tak widocznego wpływu na obniżenie ciepłoty jak środki przeciwkiłowe, w szczególności zaś jodek potasu lub sodu. Gorączka w naszych przypadkach nie miała zresztą nigdy znaczenia większego dla chorego, i przy stosowném zachowaniu się i leczeniu przemijała, nie pociągając w dalszym ciągu choroby żadnych złych następstw.

Ze zmian wszystkich najstalszą i najcharakterystyczniejszą zmianą kiły wtórorzędnéj świeżéj była wysypka na skórze. Najczęstszą postacią wysypki była wysypka różycowa a po niéj postać guzkowa w różnych odmianach. Postać różyczkowa występowała równocześnie obok innych form lub też sama tylko. Przypadków, w których wyłącznie mieliśmy do czynienia tylko z wysypką różycową, naliczyliśmy 38, tj. u 22 kobiet i 16 mężczyzn. Plamy towarzyszące téj wysypce były zwykle drobne, o niewyraźnych zarysach gęsto rozsiane po ciele, najliczniéj jednak zawsze na bokach tułowia. Wysypka guzkowa występowała jużto w postaci drobnych guzków po całém ciele rozrzuconych (*lichen syphiliticus*), jużto w postaci większych guzków soczewicowatych (*syphilis lenticularis*), jużto w postaci guzków strupkowych (*syphilis papulo-crustosa*), albo téż wreszcie w postaci guzków dużych łuszczących się, najczęściéj na dłoniach i podeszwach (*psoriasis palmaris et plantaris syphilitica*). Niekiedy na guzkach tych występowały na miejscach ograniczonych drobne pęcherzyki (*herpes syphiliticus*). Najczęściéj miałoto miejsce na wewnętrznéj stronie ramion i ud. Forma ta jednak guzkowo-pęcherzykowa była zawsze tylko przemijającą. W ciągu kilku dni pęcherzyki albo przysychały lub też wypełniały się ropą, zamieniając tym sposobem guzki w krostki. Żadna postać wysypkowa w naszych przypadkach nie występowała zazwyczaj samodzielnie, lecz zwykle w połączeniu z innemi postaciami, tak, że różne rodzaje guzków zajmowały całą powierzchnię skóry. Wysypka guzkowa łączyła się nadto bardzo często z wysypką różycową, rzadziéj zaś z krost-

kową. Przypadków, w których wysypka guzkowa samodzielnie wystąpiła, naliczyliśmy 29. W 24 zaś przypadkach wysypka guzkowa w różnych swych postaciach towarzyszyła wysypce różycowéj, rzadziéj zaś krostkowéj. Na szczególniejszą wzmiankę zasługuje wreszcie odmiana łuszczących guzków, występujących na dłoniach i podeszwach (*psoriasis palmaris et plantaris*). Postać ta wystąpiła w 13 przypadkach, t. j. u 9 mężczyzn a 4 kobiet. Była ona bardzo uporczywą i choć inne odmiany wysypki ustąpiły, łuszczyca na dłoniach utrzymywała się jeszcze długo. Rzadziéj o wiele od dwóch poprzednich postaci wysypkowych napotykaliśmy wysypkę krostkową. Występowała ona albo samodzielnie, tylko równocześnie w różnych swoich odmianach lub téż, jednak o wiele rzadziéj, obok wysypki guzkowéj. Najczęściéj jeszcze obok wysypki guzkowéj napotykaliśmy trądzik kiłowy. Z odmian wysypki krostkowéj napotykaliśmy trądzik kiłowy (*acne syphilitica*), liszaj kiłowy (*impetigo syphilitica*), i wreszcie niesztowice (*ecthyma syphiliticum*). Pojawienie się wysypki krostkowéj znamionowało w ogóle cięższą kiłę. Najpomyślniéj jeszcze kazała rokować wysypka trądzikowa, najniekorzystniéj zaś postać niesztowicowa, występująca niekiedy jako t. zw. brudziec kiłowy, (*rupia syphilitica*). We wszystkich naszych przypadkach chorzy dotknięci wysypką krostkową, szczególniéj zaś postacią jéj niesztowicową, byli charłacy, źle odżywieni, niedokrewni. W niektórych przypadkach było nader uderzającém, że właśnie u tego rodzaju ludzi wysypka ta występowała i znamionowała kiłę groźniejszą. Z liczniejszych historyj chorób pozwolę sobie przytoczyć tutaj cztery.

J. B., l. 24, kelner, miał we wrześniu 1883 kiłę pierwotną na *frenulum praeputii*. Już w końcu września rozpoczął w domu robić wcierania, których wziął 15. Ponieważ zmiany nie ustępowały, lecz owszem wysypka krostkowa uporczywa zaczęła się pojawiać, chory udał się do szpitala. Tu zrobiono mu 14 wcierań. W czasie tego leczenia wystąpiły niesztowice na obu podudziach i na głowie. Podano choremu *Kalium jodatum*, a gdy i ten lek nie odnosił widocznego rezultatu, zastosowano w grudniu *decoctum Zittmani*. W początkach lutego opuścił chory szpital ze znacznem polepszeniem. Ponieważ jednak znów wkrótce wystąpiły owrzodzenia na podudziach, chory przybył 28 marca 1884 do nas. Wówczas znaleziono: *Syphilis secundaria papulo-pustulosa in gruppis, cicatrices superficiales post ecthyma, periostitis tibiae sinistrae, arthropatia cubiti sinistri, ulcus syphiliticum in glande penis secundarium, condylomata lata in angulis oris, caruncula lacrym. et commissur. palpebrae infer. ocul. dextri.* Polecono choremu dobrą, pożywną dyjetę, wino i pigułki jodoformowe wewnętrznie (po 0·10 na dzień). Polepszenie bardzo zwolna postępowało, chory jednak opuścił klinikę 8 maja bez wysypki i z zagojonemi kłykcinami, celem dalszego leczenia się w domu.

L. A., lat 21, szewc, przybył 13 grudnia 1882 r. do kliniki. U osoby bardzo źle odżywionéj, znajdującéj się w nędznych warunkach higijenicznych, rozpoznano: *Syphilis secundaria cutanea pustulosa in thorace, capite et extremitat., dispersa condylomata lata in scroto et in sulco coronario glandis.* Polecono *Kalium jodatum* i żelazo z chininem. 9 stycznia rozpoczęto zastrzykiwania podskórne z sublimatu. Zrobiono ich 15. Kłykciny ustąpiły, wysypka w znacznéj części zeszła, a chory 2 lutego na własne żądanie opuścił zakład. W początkach marca znów do nas powrócił. Prócz śladów jeszcze wysypki krostkowéj na tułowiu znaleźliśmy teraz niesztowice na czole i na podudziach, zapalenie obydwóch stawów łokciowych, zapalenie okostnéj kości łokciowéj i palca dużego ręki lewéj. Obok leczenia miejscowego poleciliśmy wstrzykiwania podskórne sublimatu, których zrobiono 12, a następnie podawaliśmy jod. Po dwumiesięcznéj kuracyi chory opuścił klinikę wyleczony. (C. d. n.)

IV. Jeszcze kilka słów o przyczynach położeń płodu.

Odpowiedź na uwagi Dra Ziemackiego zamieszczone w Nrze 34 Przegl. Lek.

Podał **Franciszek Rubinstein** z Warszawy.

Dr. Ziemacki uznał w imieniu prawdy i nauki za konieczne wystąpić z oceną artykułu mego pomieszczonego w Przeglądzie Lekarskim Nr. 13, 14 i 15 z r. b.—Ocena ta miała na celu dowieść jednostronności wniosków przezemnie wypowiedzianych i mylności zasady, z jakiéj wyszedłem w méj pracy. W tym celu czyni mi Dr. Z. zarzuty, dające się w następujący sposób streścić:

1) Że niesłusznie odrzucam teoryję Heckera, tyczącą się wpływu długogłowości na powstanie położeń twarzowych;

2) że błędnie biorę skutek za przyczynę, tj. że formę główki poczytuję za przyczynę, gdy ona jest następstwem położenia i

3) że wnioski moje są jednostronne, tj. że w powstaniu położeń usuwam z pod uwagi wpływ kształtu macicy, jéj zbitość, obszerność i kształt miednicy, ilość poprzednich połogów itp. momentów.

Dla poniżéj wymienionych powodów uważam te zarzuty Dra Ziemackiego za błędne.

Przypadek przezemnie opisany porodu dziecka długogłowego w położeniu pośladkowém sam przez się teoryi Heckera nie osłabia, lecz wobec braku wszelkich danych zwykle towarzyszących położeniom pośladkowym, możnaby było w danym przypadku znacznemu stopniowi długogłowości na podobieństwo wodocieku mózgowego przypisać zdolność wywołania położenia pośladkowego. Jako poparcie téj hipotezy służyć może wprowadzone do położnictwa przez Pajota, a przez Pinarda i Martela obszerniéj opracowane, prawo akomodacyi, na mocy którego główka znacznie wydłużona nie może się zastósować do dolnego odcinka macicy. Jestto, co prawda, tylko hipoteza, dla któréj pojedynczy przypadek nie może być dowodem i tylko dalsze spostrzeżenia, a zwłaszcza odpowiednie wymierzania dolnego odcinka macicy przed porodem, hipotezę tę stwierdzić będą mogły.— Natomiast w pracy naszéj dostarczyliśmy dat niezgodnych z teoryją Heckera, w tablicach naszych mianowicie znajdują się trzy przypadki położeń twarzowych, w których wszystkie trzy typy główek mają swoich przedstawicieli, a więc mowy być nie może o wyłącznym stosunku dzieci długogłowych do położeń twarzowych, ale przeciwnie przekonywamy się, że i inne formy główek umożebniają powstanie położeń twarzowych; z drugiéj zaś strony dziwném się wydać musi, że w pośród tak znacznéj ilości długogłowych, u których nie pośladki ale główka znajdowała się nad wchodem miednicy, mechaniczne prawo dźwigni tak rzadko znalazło swe zastósowanie i nie przednie ale tylne ramię drążka główkowego niżéj w miednicę się spuściło. Sądzę, że te względy wystarczają, aby odrzucić teoryję Heckera. Dr. Ziemacki zdając sprawę z opinii Heckera o tym przedmiocie wyraża się między innemi: „opór stawiony przez wąskość miednicy wywrze

daleko silniejszy wpływ na tylne części głowy;" czyni więc zależnêm powstanie położeń twarzowych od wąskości miednicy, podczas gdy Hecker wpływ tego ostatniego momentu odrzuca, jak to widać na str. 10 pracy jego." *„Ueber die Schädelform bei Gesichtslagen.*": *„Der Einfluss des engen Beckens auf das Zustandekommen der Gesichtslage, der sich hierin ausspricht, ist gewiss kein sehr bedeutender,*" staje więc w sprzeczności z Heckerem, a pomimo tego żąda odemnie, abym ja zaakceptował teoryję Heckera nie zważając na przytoczone przezemnie dowody jéj błędności.

Na udowodnienie drugiego zarzutu przytacza Dr. Z. rzecz powszechnie znaną o zmianie formy główki pod wpływem mechanizmu porodowego, a więc i pod wpływem położenia płodu przy porodzie, słusznie zaznaczając, że w położeniach pośladkowych (dla dokładności należy dodać i w poprzecznych) forma główki pozostaje niezmienioną. Przekonany jestem, że nie posądza mnie Dr. Z. o nieznajomość tego faktu, nie staje to jednak na przeszkodzie, abym zdanie w krytykowanéj pracy wypowiedziane o wpływie formy główki na powstanie położeń miał zmienić; a to dla tego, że zmiana formy główki podczas porodu w większości przypadków jest tak nieznaczną, iż typ główki po porodzie nie różni się od typu pierwotnego. Wszak główka nie tylko że jest ściśliwą, ale jednocześnie jest i sprężystą, bo dzięki szwom i ciemieniom nie zmniejszają się kości główki pod uciskiem dróg porodowych, lecz zachodzą jedne pod drugie; dzięki téj sprężystości po upływie pewnego czasu zmiana pierwotnéj formy główki wyrównywa się, czyli skrócone przez poród wymiary główki po upływie mniéj więcéj długiego czasu wydłużają się, a wydłużone skracają się. Kolega mój Dr. Perlis w r. 1879 opracował ten przedmiot i z rozprawy jego po rosyjsku wydanéj pod tyt.: "Spostrzeżenia nad konfiguracyją główki dziecięcéj," czerpiemy wnioski, które dla przedmiotu przez nas traktowanego mają znaczenie, a mianowicie: *a)* wymiar pionowy główki zmniejsza się najbardziéj *sub partu*, *b)* mały poprzeczny zmniejsza się więcéj niż poprzeczny wielki, *c)* wymiar prosty nie powiększa się podczas porodu, lecz zmniejsza się, *d)* zmniejszone podczas porodu wymiary powiększają się stopniowo do 4go dnia

Tak więc 4go dnia główka płodu posiada wymiary mniéj więcéj te same co przed porodem, a zatêm i mianowniki główkowe, służące do oceny typu główki, 4go dnia po porodzie będą równe mianownikom główkowym przed porodem;—z tego wypływa, że forma główki określona z wymiarów prostego i poprzecznego wielkiego zdjętych 4go dnia po porodzie odpowiadać będzie formie główki pierwotnéj.

Chcąc się więc przekonać, o ile poród wpływa na zmianę formy główki, tj. o ile forma ta zmienia się pod wpływem położenia płodu należy porównać formę główki zaraz po porodzie określoną z formą główki, w 72 godzin po porodzie. Dla braku własnych spostrzeżeń korzystaliśmy z tablic w pracy Perlisa pomieszczonych, têm bardziéj, że materyjał przez niego użyty zebrany był w naszéj obecności i częstokroć daty przez niego otrzymane były przez nas sprawdzane.—Widzimy zaś w tych tablicach, że wymiar prosty (FO) w 72 godzin średnio powiększył się o 0,2 cm. (bierzemy różnicę średniego powiększenia się i zmniejszenia się danego wymiaru), wymiar zaś poprzeczny wielki (BiP) w ciągu tego czasu powiększył się o 0,14 cm.; gdy zaś średni FO po porodzie wynosił 11,27, BiP zaś 8,76; to w 72 godzin po porodzie, a więc i przed porodem, FO=11,47, BiP=8,9; mianowniki zaś główkowe (FO:BiP=100:x) wynosić będą po porodzie 77,73, przed porodem zaś 77,59. Różnica w mianownikach główkowych główki średniéj przed porodem i po porodzie jest nieznaczna, bo wynosi tylko 0,14 na 100,0 i niezmieniając typu główki może być nieuwzględnioną.

Nie zauważywszy zmiany typu główki średniéj podczas porodu, chcieliśmy się przekonać, czy zmiany nie znajdziemy w poszczególnych główkach? Dla odpowiedzenia na to pytanie zestawiliśmy z tablicy B Perlisa (str. 48) wymiary FO i BiP każdéj główki zaraz po porodzie i w 72 godzin zdjęte, wyrachowaliśmy dla każdego przypadku mianownik główkowy i określiliśmy typ główki; tym sposobem otrzymaliśmy następującą tablicę:

T a b l i c a [1]).

Numer porządkowy	Num. porząd. tablicy Perlisa	Zaraz po porodzie				w 72 godzin			
		FO	BiP	Mianownik główk.	Typ główk.	FO	BiP	Mianownik główk.	Typ główk.
1	1	10.8	8.6	79.63	M	11.3	8.7	75.65	D
2	2	11.6	8.6	74.14	D	11.6	8.8	75.21	D
3	3	11.3	8.5	75.22	D	11	9	81.82	B
4	4	11.5	8.5	73.91	D	11.5	8.8	76.52	D
5	5	11.8	8.7	73.73	D	12	8.7	72.5	D
6	6	11	8.7	79.99	M	11.3	8.7	76.99	D
7	7	11.4	8.6	75.44	D	11.9	8.9	74.73	D
8	8	11.5	8.1	70.43	D	11.6	8.5	73.27	D
9	11	10.9	8.2	75.23	D	11.1	8.1	73.64	D
10	12	11.4	8.6	75.43	D	11.7	9.2	78.62	M
11	15	11.2	8.8	78.57	M	11.3	9.1	80.53	B
12	19	11.2	8.6	76.78	D	11.6	8.9	76.72	D
13	21	11.3	9.7	85.84	B	11.3	9.5	84.07	B
14	23	10.5	8	76.19	D	10.7	8.3	77.57	D
15	25	11.4	8.2	71.93	D	11.6	8.5	73.27	D
16	26	11	8.5	77.27	D	11.4	8.6	75.44	D
17	27	11.6	8.5	73.27	D	11.6	8.9	76.72	D
18	28	11	8	72.72	D	10.6	8.3	78.3	M
19	30	11	8.7	73.73	D	11.2	8.8	78.57	M
20	33	11.4	9.2	80.70	B	11.8	9.5	80.51	B
21	34	11.5	8.2	71.3	D	11.3	8.3	73.45	D
22	35	11.1	9	81.08	B	11.2	9.3	83.04	B
23	36	11.6	9	77.59	D	12	9.2	76.66	D
24	37	11.3	8.8	77.87	M	11.5	8.9	77.39	D
25	38	11.3	8.5	75.22	D	11.4	8.8	77.19	D
26	39	11	8.9	80.9	B	11.4	9.2	80.70	B
27	42	11	9.2	83.63	B	11.2	9.3	83.04	B
28	46	11.1	8.8	79.28	M	11.4	8.9	78.07	M
29	48	12.4	9.5	76.61	D	12.5	9.6	76.8	D
30	49	10.8	7.9	73.15	D	10.9	8	73.39	D
31	51	11	8.9	80.9	B	11.4	9	78.94	M
32	54	11.1	9	81.08	B	11.3	9.4	83.18	B
33	57	11.6	9	77.59	D	11.8	9.3	78.81	M
34	59	11.6	8.6	74.14	D	11.6	9.1	78.45	M
35	64	12	9	75	D	11.8	9.1	77.12	D
36	65	11.5	8.3	72.17	D	11.6	8.5	73.27	D
37	68	10.9	8.5	77.98	M	11.1	8.5	76.57	D
38	70	11.5	9	78.26	M	11.6	9	77.59	D
39	71	11.4	8.5	74.56	D	11.5	8.7	75.65	D
40	72	12	9.6	80	B	12	9.9	82.5	B
41	73	11.6	8.9	76.72	D	11.8	9.1	77.12	D
42	74	10.7	3.6	80 37	B	11	8.7	73.73	D
43	76	11.6	9	77.59	D	11.8	9	76.27	D
44	77	10.8	8.5	78.7	M	11	8.6	78.18	M
45	78	11.7	8.9	76.07	D	12	8.9	74.17	D
46	79	11	9	81.82	B	11.3	9.2	81.41	B
47	87	11.1	9	81.08	B	11.2	9	80.36	B
48	89	11.5	9.5	82.61	B	11.7	9.5	81.2	B
49	91	11.3	8.6	76.12	D	11.5	8,9	77.39	D
50	94	11.6	9.6	82.76	B	11.8	9.9	83.99	B
51	95	10.9	8.6	78.9	M	11.1	8.6	77.47	D
52	99	11	8.2	74.54	D	11.2	8.6	76.78	D
Średnie		11.29	8.76	77.22		11.46	8.92	77.7	
		100 :	$x=$	77.59		100 :	$x=$	77.39	

Rozpatrzywszy się w téj tablicy widzimy, że mianownik główkowy zaraz po porodzie tak z wymiarów średnich wyrachowany (77,22) jak i średni wszystkich mianowników (77,59) mało się różni od mianownika główkowego dla położeń czaszkowych określonego w tablicy IX naszego artykułu (77,44), podobnież jak i mianownik główkowy z średnich wymiarów przez Perlisa podanych (77,73). We wszystkich tych razach główka średnia należy do typu długogłowych. Do tego typu należy także średnia główka w 72 godzin po porodzie mierzona, bo mianownik jéj wynosi 77,7 lub 77,39. A ponieważ główka w 72 godzin po porodzie wymiarami swemi odpowiada główce pierwotnéj, tj. takiéj, na którą ucisk dróg porodowych wpływu nie wywarł, więc i główka przedporodowa należy do typu długogłowych. Gdy zaś dzieci, których wymiary główki w tych tablicach pomieszczono, urodziły się w położeniu czaszkowém, więc przy niezmienności typu główki przez poród wpływ położenia czaszkowego na formę główki okazuje się równy zeru.

Do podobnego rezultatu dochodzimy po obrachowaniu ilości każdego typu główki przed i po porodzie pośród dzieci użytych do zestawienia poprzedniéj tablicy, a mianowicie było:

	krótkogłowych	średniogłow.	długogłowych
zaraz po porodzie	13	9	30
w 72 godz. po porodzie ewentualnie przed porod.	13	8	31

Prawda, że w 15 przypadkach forma główki przez poród zmienioną została, lecz zmiana ta miała miejsce w 2ch wprost przeciwnych kierunkach, tj. w 7 przypadkach forma główki przyjęła typ o większym mianowniku, w 8 zaś o mniejszym. Jednakowa prawie ilość zmian formy główki w odwrotnych kierunkach przez poród w położeniu czaszkowém upoważnia nas do zaprzeczenia wpływu tego położenia na tę zmianę formy, a w ostatecznym razie, gdy na 52 przypadków w 37, a więc w 69%, forma ta pozostaje bez zmiany, wpływ ten położenia jest nieznaczny.—Gdy co do położeń twarzowych Hecker twierdzi, że poród nie zmienia formy główki, a co do położeń pośladkowych powszechnie wpływ porodu na zmianę formy główki jest zaprzeczany, to wobec przez nas stwierdzonego braku wpływu na zmianę formy główki położeń czaszkowych, zarzut Dra Ziemackiego brania przez nas skutku za przyczynę upaść powinien i pomimo uwzględnienia odwrotnéj strony rzeczy przedstawienie sprawy wedle mego sposobu miało racyjonalną podstawę i wnioski moje nie będąc oparte na pomięszaniu skutków z przyczynami, nie mogą więc być uważane za jednostronne.

Podobnież na zarzut jednostronności nie zasłużyłem, gdyż nie przypisuję w pracy swéj formie główki wyłączności wpływu na powstanie położeń płodu; ale w pierwszéj części mego artykułu starałem się objaśnić działanie rozmaitych momentów przyczynowych. Że zaś nauka dawno udowodniła to działanie, nie sądziłem za potrzebne dostarczać statystycznych dowodów i ograniczyłem się do teoretycznego objaśnienia wpływu tych momentów. Dla uwolnienia się od podobnego zarzutu w końcowych wnioskach piszę: 3) forma główki posiada p e w i e n wpływ na powstanie położeń płodu. 4) Wpływ ten jednak nie jest wyłączny i w powstawaniu położeń płodu mają udział inne momenty, z formą główki nic wspólnego nie mające.

[1]) W tablicę tę weszło tylko 52 przypadków takich, w których u Perlisa są podane wymiary główek zaraz po porodzie i w 72 godzin po nim; przypadki, w których nie ma podobnych wymiarów z tego ostatniego czasu wykluczono. *B*, oznacza krótkogłowość; *M*, średniogłowość a *D*, długogłowość.

Czy podobne wnioski dowodzą jednostronności mego zapatrywania? Bezstronny czytelnik uwolni mnie od tego zarzutu. Gdy więc o ile można treściwie postarałem się wykazać bezzasadność uczynionych mi zarzutów, to zapatrywania się moje wypowiedziane w krytykowanym artykule muszą pozostać w swéj sile i spodziewam się, że przez zwrócenie uwagi na formę główki jako jeden z momentów przyczynowych dla położeń płodu prawda i nauka nie ucierpiały.

V. Oceny i sprawozdania.

Podręcznik Chirurgii szczegółowéj Dra L. R y d y g i e r a, Dyrektora pr. kliniki chirurgicznéj w Chełmnie n. W. z licznemi rycinami. Tomu pierwszego zeszyt pierwszy. Poznań. Drukiem Jarosława Leitgebra. Nakładem autora 1884.

Wziąwszy do ręki pierwszy lepszy numer pewnego tygodnika lekarskiego niemieckiego u nas obok polskich dosyć rozpowszechnionego, gdzie ogłaszają całemi kolumnami prywatne korespondencyje, możemy się przekonać, ile to niemieckich podręczników chirurgii rozpowszechnianych bywa choćby tylko w jednéj trzeciéj części kraju naszego. I nie dziw, że tak się dzieje, skoro téj nagłéj snać potrzebie zadosyć uczynić nie można odpowiedniemi dziełami polskiemi; te bowiem podręczniki chirurgiczne polskie, któremi mogliśmy dotąd rozporządzać, były albo przestarzałe albo niezręcznie tłumaczone a najczęściéj łączyły w sobie obydwa przymioty. Oryginalny polski podręcznik chirurgii szczegółowéj był zatém na czasie i musiał mieć powodzenie zapewnione tak w naszéj, jak jeszcze bardziéj w innych dzielnicach kraju naszego, zwłaszcza, gdy podręcznik Dra Rydygiera, o ile sądzić można z pierwszego zeszytu o pięciu dalszych, nie tylko na względne zasługuje powodzenie, ale, że on, jako książka bezwzględnie dobra i pożyteczna, wytrzymująca śmiało porównanie z podobnemi zagranicznemi, może i powinien wyprzeć u nas swych współzawodników obcokrajowych.

Przedewszystkiém uwzględnia on potrzeby lekarza praktyka niechcącego zapomnieć o postępie w nauce a w drugim rzędzie i potrzeby młodych adeptów nauki lekarskiéj. Przepraszam, byłbym niesprawiedliwym, bo — sam chirurg z zawodu — z prawdziwą przyjemnością czytałem dzieło kol. Rydygiera, gdyż nie jest on w niém tylko biernym referentem o wynikach prac innych, lecz często bierze żywy udział w dyskusyi, przedstawiając jednak zawsze rzeczy bezstronnie i z należytém poszanowaniem obcego zdania, chociażby się z niém nawet nie zgadzał.

Jeżeli podział materyi zapożyczył, jak to sam w prospekcie przyznaje, od K o e n i g a i H ü t e r a, to już samo uwzględnienie literatury polskiéj, tak przez innych po macoszemu traktowanéj, robi dzieło to oryginalném, ale i obrobienie materyjału nadaje mu cechę samodzielności. Zwięzłość i jasność przejął od pełnego polotu nauczyciela swego H ü t e r a a nie pogardził suchemi lecz pouczającemi rozprawami K ö n i g a, amalgamując tę mięszankę tak misternie z własnemi i innych spostrzeżeniami i doświadczeniami, że daje ona bardzo udatną całość.

Przy każdéj sposobności kładzie główny nacisk na postępowanie przeciwgnilne, podając np. dokładny opis postępowania tego z ranami na głowie, co osobliwie przez lekarzy starszych, wychowanych jeszcze w szkole dawnéj, będzie bardzo mile widzianém.

Z drugiéj strony poglądowe zestawienia wskazań i

metod operacyjnych pozyskają w uczniach przygotowujących się do egzaminu chętnych zwolenników.

Gdy jeszcze dodam, że zrozumienie treści ułatwione jest wielką obfitością wybornych drzeworytów; że język jest pięknym a przytém nie zanadto purystycznie przesadnym; że styl potoczystym i jasnym; że forma zewnętrzna zupełnie nie ustępuje podobnym wydawnictwom zagranicznym; że wreszcie cena dzieła jest niestosunkowo niską; mam zupełne prawo przypuszczania, że nakład dzieła tego szybko zostanie rozkupionym. Życzyćby tylko wypadało, aby dalsze zeszyty nie dały na siebie zbyt długo czekać.

W obec tego pomyślnego horoskopu pozwalam sobie zwrócić uwagę szanownego autora na kilka, acz nieznacznych, braków, które, jeżeli je uzna za usprawiedliwione, mogłyby w następném a przezemnie wkrótce przewidywaném wydaniu być usuniętemi.

Przedewszystkiém uderzyło mnie, że autor zaledwo kilka wierszy poświęcił ostatnim pracom Adamkiewicza. Jakkolwiek przyznać muszę, że poglądy w pracach tych objawione nie zdobyły sobie jeszcze powszechnego uznania, co autora nie mogło uprawnić jeszcze do zupełnego pominięcia nauki o ucisku mózgu, którą Adamkiewicz zupełnie z patologii wykreśloną widzieć pragnie, — to jednak z drugiéj strony wypadałoby, aby w nowym i tak dobrym podręczniku znalazły należyte ocenienie a to tém bardziéj, ile że ogłoszone były i po polsku.

Również na podstawie innéj pracy Adamkiewicza ogłoszonéj w rocznikach Akademii Umiejętności pod tytułem: „Prawidłowa czynność mięśni uważana jako skutek równowagi dwóch pobudzeń nerwowych,“ dałyby się omawiane na str. 37 skurczenia mięśni w porażonych członkach lepiéj wytłumaczyć, niż na to poprzednie pojęcia pozwalały.

W rozdziale traktującym o chorobach nosa i jamy nosowéj, bardzo zresztą sumiennie opracowanym, przepomniał autor o twardzielu nosa *(rhinoscleroma)*, który w ostatnich latach nie tylko w niemieckiéj ale i w polskiéj literaturze częściéj był wspominanym.

Na zakończenie zwracam się do kolegów pracujących specyjalnie w innych działach nauk lekarskich, aby ich zachęcić do wzbogacania ubogiéj naszéj literatury wskazując im za wzór kol. Rydygiera, któremu, gdyby nawet — czego nie przypuszczam — materyjalnie nie opłacił się trud, jakiego się podjął, sama wdzięczność współrodaków i doniosłość zasługi w obec literatury krajowéj za nagrodę wystarczyć powinny. *Obaliński.*

Koch: O prątkach cholery.

Niektóre rodzaje prątków odznaczają się charakterystycznym kształtem, inne mają pewne własności odróżniające, np. zachowanie się prątków gruźliczych względem barwików; lecz najpewniejszą rękojmię dokładnego zbadania własności prątków i odróżnienia jednego gatunku od drugiego daje bez wątpienia hodowla i przeszczepianie. Badania bowiem ostatnich czasów wykazały, że niektóre rodzaje prątków, nieprzedstawiające żadnéj morfologicznéj różnicy, hodowane na ziemniakach, w żelatynie lub surowicy krwi, okazują zupełnie odmienne własności biologiczne.

Podobnie, jeżeli hodujemy prątki cholery na kartoflach, to otrzymają one postać, niczém się nieróżniącą od prątków nosacizny; lecz byłoby bardzo mylném zapatrywanie tego, ktoby uważał te dwa rodzaje prątków za identyczne: bo jak we wszystkich innych przypadkach tak i tu tylko suma wszystkich własności może być podstawą do odróżnienia poszczególnych gatunków. Autor już kilka razy zwracał uwagę na tę okoliczność, że jeżeli mówił o prątkach przecinkowych czyli cholerycznych, rozumiał przez to prątki znajdowane w jelitach osób uległych téj chorobie, a mające przytém pewne charakterystyczne własności, lecz mimo to było wielu takich, którzy go nie dobrze zrozumieli i dali powód do pewnego zamięszania w téj kwestyi. Znaleźli się nawet tacy, którzy się zabrali do badania bez należytych wiadomości histologicznych, to też z wielu nadesłanych autorowi do przejrzenia preparatów nie znalazł on ani w jednym nic, coby przypominało prątki przecinkowe, nie wyjmując preparatów przysłanych przez Klamanna, który głosił na Zjeździe w Magdeburgu, że w wypróżnieniach osób dotkniętych cholerą swojską znalazł prątki przecinkowe i krętowłoski.

Na szczegółowe omówienie zasługują prace dwóch autorów, do których nawięzuje Koch kilka uwag, aby wykazać najgłówniejsze błędy w tym względzie. Lewis *(Lancet*, 1884, Sept. 20, str. 513) zwraca uwagę na to, że w ślinie znajdują się zakrzywione prątki, zbliżające się swemi wymiarami do prątków cholerycznych. Byłoto już od dawna wiadomém, że takie prątki znajdują się w ślinie, a zwłaszcza w śluzie z ust. K. więc i na nie zwrócił uwagę i badał je w żelatynie w ten sam sposób, jak prątki choleryczne; przyczém przyszedł do przekonania, że prątki te są nieco większe, smuklejsze i więcéj ostro zakończone. Jeżeli zabarwienie nie jest zbyt silne, to końce prątków ślinowych są jaśniéj zabarwione, aniżeli środek. Gdyby daléj Lewis próbował hodować te prątki w żelatynie peptonowéj, byłby się przekonał, że one nie rozwijają się w téj cieczy odżywczéj, a więc zachowują się zupełnie odmiennie od prątków cholerycznych. Widzimy zatém, że te rodzaje różnią się nietylko pod względem morfologicznym ale i pod względem biologicznym.

Drugą pracą, nad którą się K. zastanawia, jest praca Finklera i Priora, którą ci autorowie przedstawili na tegorocznym Zjeździe w Magdeburgu.

Zwykła metoda hodowania grzybków w środku stałéj konsystencyi, polega, jak wiadomo, na tém, że staramy się przedewszystkiém pojedyńcze zarodki oddzielić od siebie, dla tego wkłada się masę zawierającą bakteryje w płynną gelatynę, mięsza i rozlewa na płytce szklanéj, sprowadzając zarazem jéj skrzepnięcie i tym sposobem możemy otrzymać z oddzielnych jednostek rozwinięte grupy. O wiele trudniéj przeprowadzić taki rozdział na ziemniakach, a nawet staje się to często niepodobném, bo prątki gnilne właśnie w ziemniakach bardzo szybko się mnożą i rozwijają. Dla tego ziemniakami posługujemy się tylko, jeżeliśmy już otrzymali prątki hodowane i chcemy zbadać, czy prątki te mogą się rozwijać w środku odżywczym roślinnym. Tymczasem Prior i Finkler postępują wręcz przeciwnie, bo kładą wprost na ziemniakach lub płótnie małe cząstki wypróżnień stolcowych, zapominając o tém, że choćby te cząstki były jak najmniejsze, zawsze przecież zawierają bardzo wielką ilość prątków i to rozmaitych gatunków. Tym sposobem nawet po wielokrotném przeszczepianiu i hodowli nie mogli oni otrzymać czystych prątków cholerycznych, tylko mięszaninę najrozmaitszych prątków, znajdowanych w jelitach, a które równie dobrze jak prątki choleryczne rozwijają się na ziemniakach.

Również i w pojmowaniu rozmaitych faz rozwoju różnią się ci autorowie od zapatrywań, które sobie już wywalczyły pewne znaczenie i tak: według sprawozdania z ber-

lińskiego Urzędu zdrowia, cytowanego także przez P. i F. niezabarwiony zarodnik leży we środku prątka a oba końce tegoż, zawierające niezmienioną jeszcze pierwoszczę, przyjmują barwik anilinowy, odróżniają się więc ciemniejszém zabarwieniem; w dalszym ciągu nikną także owe końce a pozostają tylko niezabarwiony zarodek. Według F. i P. jest środkowa część zarodnikiem a oba zabarwione końce nie są czém innném, jak dwoma zarodkami. Że to zapatrywanie nie ma żadnéj podstawy, wynika już z niewłaściwego sposobu hodowania prątków, a badanie materyjału przesłanego przez tych autorów Kochowi wykazało, że ciecz odżywcza zawierała cztery rozmaite rodzaje prątków. Jeden z tych rodzajów nie sprowadzał rozpuszczenia się gelatyny ale ją barwił na zielono, drugi rodzaj były to krótkie proste prątki niemające także dążności do rozpuszczania żelatyny, trzeci rodzaj rozpuszczał gelatynę tworząc na niéj charakterystyczne figury a składał się z prątków również prostych, wreszcie czwarty rodzaj złożony był z prątków bardzo niestałego kształtu, przeważnie jednak zakrzywionych lub podobnych do cytryny, a które rozpuszczały gelatynę. Ten ostatni rodzaj jeszcze najwięcéj przedstawiałby podobieństwa do prątków cholerycznych, lecz dopiero wtenczas, kiedy w preparatach zasuszone skurczyły się. I w tym razie jednak różnica jest znaczna tak co do wielkości, gdyż są one większe aniżeli prątki choleryczne, jak i pod względem biologicznym; rosną bowiem o wiele prędzéj i odpowiednio do tego rozpuszczają téż prędzéj gelatynę. Pojedyncze grupy w gelatynie okazują przy słabém powiększeniu jednostajnie okrągły kształt, podczas gdy prątki choleryczne nie są tak jednostajnie okrągłe, rosną powoli i rozpuszczają żelatynę tylko w swojém otoczeniu i to znacznie powolniéj.

Na ziemniakach rozwijają się prątki F. i P. w ciepłocie 17—19° bardzo szybko, tworząc masę śluzowatą, szarożółto zabarwioną, w któréj otoczeniu substancyja ziemniaków okazuje białe zabarwienie. Prątki choleryczne w téj ciepłocie wcale się na ziemniakach nie rozwijają, dopiero w przyrządzie ogrzewającym rozwijają się bardzo powolnie, tworząc grupy ciemno brunatno zabarwione. Ponieważ nadto sami autorowie rzeczeni przyznają, że owe prątki otrzymali ze stolców ulegających gniciu; nasuwa się więc jeszcze wątpliwość, czy w świeżych stolcach byłyby się znalazły. K. przynajmniéj nie znalazł w preparatach otrzymanych przez F. i P. ze stolców świeżych nic, coby przedstawiało jakie podobieństwo do prątków przecinkowych. W ostatnich czasach badał sam K. trzy niewątpliwe przypadki cholery swojskiéj, z których dwa zakończyły się śmiercią i w żadnym nie udało mu się wykazać prątków przecinkowych mimo najdokładniejszego poszukiwania. Również w przypadku zatrucia arszenikiem z zejściem śmiertelném, a w którym jelita okazywały zmiany bardzo podobne do zmian cholerycznych, nie było śladu prątków przecinkowych.

W ostatnich czasach badano także z powodu kursów praktycznych dla lekarzy w cesarskim Urzędzie zdrowia wielokrotnie najrozmaitsze wydzieliny i nigdy nie znaleziono prątków, któreby można brać za prątki choleryczne.

Te okoliczności potwierdzają jeszcze zdanie K. o związku cholery z prątkami przecinkowemi. Zresztą zdaje się, że i życzenie tych, którzy żądają bezpośredniego dowodu spełnioném zostanie; bo Rietsch i Nikati wywołali podczas ostatniéj epidemii w Marsylii u psów i świnek morskich przypady właściwe cholerze, wprowadziwszy po podwiązaniu przewodu żółciowego pewną ilość hodowanych grzybków przecinkowych do dwunastnicy. Późniéj otrzymano ten sam rezultat u świnek morskich bez podwięzywania przewodu żółciowego.

Doświadczenia te powtórzono w ostatnim czasie w Urzędzie zdrowia, przyczém tak dalece rozcieńczono ciecz odżywczą, że wstrzykiwana ciecz zawierała zaledwie jednę setną część kropli téjże. Z małemi wyjątkami następowała śmierć zwierząt do doświadczeń użytych w przeciągu $1\frac{1}{2}$ do 3 dni a sekcyja wykazywała zaczerwienienie błony śluzowéj jelit cienkich i wodnistą, strzępiastą, bezbarwną treść w tychże, w któréj zawarta była wielka ilość prątków przecinkowych. Wobec tego ostrzega K. przed powtórzeniem podobnych doświadczeń na ludziach, którzyby się podjęli spożyć wyhodowane prątki przecinkowe (*Deutsche med. Wochensch.*, 1884, Nr. 45). *Dr. Otto.*

Frerichs: **O cukrzycy.** (Berlin 1884, z 4 tabl.)

Krew ludzka zawiera zawsze cukier w ilości zależącéj od zawartości tegoż w pokarmach a jeżeli ilość ta przekroczy pewną granicę, wtedy cukier zjawia się w moczu. W części tętniczéj układu naczyniowego jest ilość cukru stałą, co się tyczy układu żylnego, nic pewnego dotąd powiedzieć nie można. Prócz krwi znajduje się cukier także w innych cieczach (limfie, mleczu, cieczy mózgo-rdzeniowéj). Lecz obok cukru można także wykazać we krwi glykogen, występujący w towarzystwie ciałek białych, ulegających obumarciu lub opuszczających światło naczyń (w zapaleniu) i to w kształcie jednostajnych kulek, rozpadających się następnie w miazgę drobnoziarnistą. Również znaleziono glykogen w przybłonku wielowarstwowym, tkance chrzęstnéj, w miąższu jąder i w ogóle wszędzie, gdzie następuje odnowa tkanin; najwięcéj jednak stałym składnikiem jest glykogen w wątrobie i istocie międzywłóknistéj mięśni, a nadto glykogen zawarty w wątrobie tém się różni od glykogenu zawartego w innych narządach, jak w przybłonku wielowarstwowym i tkance chrzęstnéj, że jest w wodzie rozpuszczalny.

Co się tyczy stosunku ilościowego cukru i glykogenu w żywym ustroju i jego udziału w przemianie materyi, stosunki te nie są zbadane, to jednak pewna, że podczas gdy w limfie ilość cukru ulega tylko nieznacznym wahaniom, natomiast o wiele większe wahania przedstawia ilość cukru w wątrobie i mięśniach. Obrachowano, że cały zapas wodników węgla u człowieka, ważącego 65 kilogramów, wynosi około 104—552 gramów.

Cukier dostaje się do krwi przedewszystkiém drogą przewodu pokarmowego; lecz oprócz tego musi być inne także źródło cukru w ustroju, bo doświadczenie uczy, że przy wyłącznie mięsnych pokarmach znajdują się wodniki węgla w cieczach i tkankach. Największy udział w tym względzie ma wątroba, zamieniając rozmaite istoty, nawet białko, na glykogen. Nie jest jeszcze znaném, jakie znaczenie dla ustroju ma glykogen; najprawdopodobniéj jest on produktem przemiany chemicznéj, ciągle się w ustroju odbywającéj, a ilość jego zależy od ilości pokarmów. Równie niejasném jest także źródło glykogenu mięśniowego; Bernard twierdzi, że się tenże dostaje z wątroby do mięśni, według innych powstaje w miejscu, w którém się znajduje.

Największa część cukru wprowadzonego do ustroju z pokarmami zużywa się i ginie; gdzie zaś i jak to się odbywa, czy i we krwi tak samo jak po za ustrojem cukier zamienia się w kwas mlekowy (Nencki i Sieber), nie jest dotąd wiadomém. Temu ostatniemu zapatrywaniu sprzeciwia się to, że, jak wykazano, utlenienie w ogóle odbywa się

przeważnie w komórkach tkanin a w małéj tylko części w saméjże krwi. Co się zaś tyczy zużywania się glykogenu mięśniowego, to tyle jest pewném, że skutkiem pracy mięśni glykogen zostaje zużytym a natomiast powstaje wolny kwas węglowy i wywięzuje się ciepło; nigdy przy tém nie powstaje kwas mlekowy. Jak w mięśniach tak i w wątrobie zużywa się glykogen bezustannie, a że i cukier powstaje najprawdopodobniéj w wątrobie za życia, możemy więc wątrobie przypisywać następujące czynności: 1) Tworzenie glykogenu i przechowywanie tegoż. 2) Przemianę glykogenu w cukier potrzebny do życia; przyczém przemianę i zużycie glykogenu należy uważać za zależne od systemu nerwowego.

Jeżeli zawartość cukru we krwi przekracza zwykłą granicę (0·10) wtedy wydzielany bywa z moczem; skutkiem tego może powstać upośledzenie odżywienia, lecz nie jest ono objawem stałym. Moczenie cukrowe powstaje także w przebiegu chorób nerwowych a między tą formą i właściwą cukrówką są różnorodne przejścia. Moczenie cukrowe może się zamienić we właściwą cukrówkę, zupełnie ustać lub istnieć długie lata, nie przynosząc ustrojowi żadnego uszczerbku lub wywołując groźne zaburzenia. Moczenie cukrowe można podzielić na 4 grupy:

1) Moczenie cukrowe po zatruciach kurarą, tlenkiem węgla, amylnitritem, kwasem ortonitrophenilopropiononowym, metylodelfininem, przyczém zawsze znajdują się wybroczyny w wątrobie, nerkach itd.

2) Przejściowe pojawianie się cukru w moczu po zadziałaniu pewnych środków, jak morfin i chloral, kwas sinowodowy, kwas siarkowy, rtęć, alkohol i skutkiem rozmaitych chorób jak *a)* cholera, w ciężkich przypadkach téjże, w których wydzielanie moczu jest znacznie zmniejszone, pokazuje się w okresie reakcyi najprzód białko, następnie cukier, który po 2—3 dniach znika zupełnie; *b)* wąglik; *c)* dyfteryja *d)* dur brzuszny; *e)* szkarlatyna; *f)* zakażenie zimnicze, w którém tylko wyjątkowo pojawia się cukier w moczu i to tylko, jak długo trwa zimnica.

3) Do następnéj grupy zaliczyć można moczenie cukrowe skutkiem zaburzeń trawienia. W ogóle nawet spożycie większéj ilości cukru nie ma żadnego wpływu na mocz; bywają jednak wyjątkowe przypadki, w których po spożyciu potraw obfitujących w cukier ukazuje się tenże w moczu przejściowo. Następnie przychodzi do moczenia cukrowego w nieżytach żołądka, zwłaszcza jeżeli te występują w towarzystwie skazy dnawéj. Schorzenia wątroby, również jak zatkanie żyły bramnéj, nie mają według doświadczeń F. żadnego wpływu na wydzielanie cukru. (Dok. nast.)

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie.

VIII. Posiedzenie zwyczajne naukowe Sekcyi lwowskiéj Tow. lek. galic. z d. 18 października 1884.

Przewodniczący: Dr. Widman. Członków obecnych 21.

Przewodniczący przedstawia nowych członków Sekcyi Drów Kniaziołuckiego, Szpilmana i Sztembarta, następnie zabiera głos w sprawie dotyczącéj sprawozdań z dawniejszych posiedzeń i oświadcza, że użalanie się członków na brak ogłoszeń w Przeglądzie Lek. ze sprawozdaniem z dawniejszych posiedzeń jest uzasadnione, że temu jednak winien właściwie poprzedni sekretarz, który w trzy miesiące po wyborze wyjechał ze Lwowa nie zostawiwszy żadnych sprawozdań ani materyjałów do tychże. W końcu uwiadamia członków, że na przyszłość ogłoszenia o nastąpić mającém posiedzeniu Sekcyi lwowskiéj będą umieszczane w czasopismach miejscowych.

Następnie przedstawia kol. Dr. Ziembicki trzech chorych.

1) Chory po operacyi *Chondrosarcoma parotidis.* Mężczyzna lat 30 liczący; od lat 15 począł się tworzyć guz twardy w okolicy gruczołu przyusznego prawego, który w chwili przyjęcia chorego do szpitala dochodził rozmiarów strusiego jaja, sięgając od skroni aż poniżéj szczęki dolnéj, a od ucha aż blisko do nosa. Podstawa guza prawie nieruchoma; nerw twarzowy prawy porażony; skóra gdzieniegdzie zniszczona, w części tylko przesuwać się dająca. Naczynia powierzchowne obfite i rozszerzone. Bolesność niewielka. Obrzęku gruczołów nie ma. Wyłuszczenia w następujący sposób dokonano. Ponieważ pierwsze cięcie, zrobione w celu metodycznego wyłuszczenia guza, wywołało obfite krwawienie żylne, postanowił więc operujący podwiązać chwilowo *Carotis communis,* korzystając z téj okoliczności, że cięcie skórne musiało tak nisko dochodzić. Podsunąwszy nitkę jedwabną pod *Carotis communis* związał na jeden węzeł i poruczył końce asystentowi, sam zaś szybko rozciął guz, aby się dostać jak najprędzéj do podstawy i do głównych naczyń. Reszta wyłuszczenia odbyła się w bardzo krótkim czasie i prawie bezkrwawo, poczém nastąpiło podwiązanie *Carotidis externae,* jéj gałęzi, jakotéż *Art. temporalis,* i innych kilku mniejszych tętnic, a po zabezpieczeniu się przeciw możliwemu krwotokowi z przeciętych tętnic, zwolniono węzeł tymczasowo założony na *Carotis communis.* Ogromną ranę zamknięto dwoma płatami skóry i nastąpiło zagojenie *per primam* z wyjątkiem miejsc, gdzie kość przepalono Paquelinem.

2) Chora po operacyi *Struma fibrocolloides,* opuściła już dawno szpital wyleczona. Guz wyjęty wielkości pomarańczy okazuje Dr. Ziembicki i przedstawia operowaną. Historyja choroby jest następująca: Guz rozwinął się w przeciągu 4 lat w prawym płacie gruczołu tarczowego. Duszność chwilowa, czasami chrypka, granica dolna guza sięga bowiem po za mostek. Operacyję robiono według metody Kochera. Opatrunek wizmutowy. Szwy następowe. Wygojenie *per primam* w przeciągu 15 dni. Teraz głos czysty, od operacyi minęło już 3 miesiące. Jest tylko znaczna niedokrewność i może z tego powodu brak miesiączki. Zresztą operowana jest zdrowa. Lewy płat gruczołu pozostał zdrowy.

3) Chory po operacyi *Enterotomii* w skutek niedrożności kiszek. W skutek enterotomii był *Anus praeternaturalis,* który także kol. Ziembicki operował. Obecnie chory jest zupełnie zdrów, miejsce operacyi zabliźnione. Historyja tego przypadku wraz z dyskusyją nad nim będzie umieszczona obszerniéj w „Przeglądzie Lekarskim.“

Nad przypadkami 1 i 3 wywiązała się dyskusyja, wśród któréj kol. Dr. Merczyński interpeluje kol. Ziembickiego co do 1go przypadku, dlaczego przeciął pierwéj guz mający być wyłuszczonym, nim odpreparował i podwiązał naczynia; co do 3go zaś przypadku pyta Dr. Merczyński, jakie było właściwie rozpoznanie w tym przypadku, bo jeżeli chory miał tylko zatkanie od 11 dni, jeżeli nie było znacznego ogólnego upadku sił, jeżeli wymioty nie były częste i ruch robaczkowy jelit dosyć powolny, nie widzi konieczności enterotomii.

Przewodniczący Dr. Widmann pyta co do 3go przypadku, czy była robiona punkcyja Potainem w tym przypadku, i czy dawano lewatywy z *Secale cornutum.*

Kol. Dr. Laskiewicz wreszcie oświadcza co do 1go przypadku, że ponieważ w téj okolicy są częste *cysto-sarcomata,* uważa przeto za niestósowne rozpłatanie obrzęku przed wyłuszczeniem, gdyż po wyłuszczeniu treści (jeżeliby to było *cysto-sarcoma*) napięcie ścian się zmniejsza i wyłuszczenie obrzęku może być niedokładném. Co do 3go przypadku zaś, prosi kol. Laskiewicz o wyliczenie środków leczniczych i rękoczynów zastósowanych w tym przypadku, czy wszystkie zostały wyczerpane, gdyż tylko wtedy byłby przekonanym o koniecznéj potrzebie enterotomii.

Kol. Dr. Ziembicki odpowiada: co do I przypadku, że niezwykłe rozmiary obrzęku, prawdopodobieństwo znacznéj utraty krwi nawet przy systematyczném podwięzywaniu naczyń, daléj

przewidywanie mozolnego i długiego wyłuszczania guza, skłoniły go do tymczasowego podwiązania *Art. carotis communis*. Gdy to uskutecznionêm zostało, wypadało się spieszyć; przecięcie tedy guza było możliwêm i wcale nieryzykownêm w obec zapewnionéj hemostazy, a podobny sposób postępowania znacznie skrócił zabieg operacyjny. Nie było tu mowy o *Cysto-sarcoma*, bo można było rozpoznać, że to jest *Chondro-sarcoma*, co też następowe badanie drobnowidowe przez kol. Dra Feigla uskutecznione potwierdziło, nie zachodziła więc obawa wypuszczenia treści, a skoro przez tymczasowe podwiązanie *Art. carotis communis* zapewnił się przed nastąpić mogącêm krwawieniem, mógł potêm obrać dowolnie sposób operowania. W III przypadku podawał choremu bardzo wiele środków drastycznych, robił kilkakrotnie punkcyję Potainem, dawał lawatywy (lecz *Secale cornutum* nie dawał), ponieważ wszystko to nie pomagało, a upadek sił raz wystąpiwszy wzmagał się znacznie i ciągle, przeto przystąpił do enterotomii.

Nakoniec przedstawia kol. Ziembicki jeszcze jednego chorego leczonego przez Dra Riegera kąpielami w Truskawcu. Chory ten około 20 lat liczący mężczyzna zgłosił się w czerwcu b. r. do szpitala. Odnoga górna lewa była w okolicy ramienia, przedramienia, a zwłaszcza stawu łokciowego bardzo obrzmiałą, staw łokciowy sztywny; przetok ropnych wielka ilość. Aby choremu dopomódz trzeba było robić *Evidément* bardzo rozległe lub coś podobnego, było bowiem próchnienie kości. W Truskawcu choremu bardzo znacznie się polepszyło, obrzęki znacznie się zmniejszyły, przetok pozostało tylko dwie, tak, że teraz znacznie mniejszy rękoczyn chirurgiczny pomoże choremu do reszty.

Kol. Rieger nawiązując do tego przypadku, zaznacza, że bardzo rzadko nadarza się lekarzowi kąpielowemu sposobność przedstawienia chorych po skutecznie odbytêm leczeniu kąpielowêm, jak w tym przypadku. Chory przedstawiony wziął 40 kąpieli słonych i teraz o tyle się ma lepiéj, że teraz znacznie mniejsza operacyja wystarczy do wyleczenia chorego. Stanowi to więc dowód, że można kąpielami słonemi wyleczyć próchnienie kości, albo polepszyć o tyle stan chorego, że mniejsza operacyja pomoże i chory z mniejszêm wychodzi kalectwem.

Kol. Merczyński oświadcza na to, że nie wątpi, iż wielu chorych dotkniętych próchnieniem kości, nie rzadko leczy się ambulatoryjnie, jeżeli im się poprawi warunki higijeniczne, do czego i kąpiele słone skutecznie się przyczyniają; a więc kąpiele i chirurgija w takich razach wspierają się wzajemnie.

Kol. Ziembicki zgadza się zupełnie z zapatrywaniem Dra Merczyńskiego; widział także przedtêm podobnie znakomite skutki kąpieli morskich. Kol. Żuliński opowiada w dodatku podobny przypadek wyleczenia chorego chłopca kąpielami słonemi w Paryżu, gdzie chirurgowie chcieli odjąć rękę, ale rodzice chorego na to zgodzić się nie chcieli. *Dr. Wiktor.*

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

XIII. Posiedzenie zwyczajne z dnia 29 października 1884 r.

Przewodniczący kol. Kwaśnicki. Członków obecnych 37. Jako Drowie Dr. Dymnicki z Buska i Zanitowski.

1) W skutek zapytania Tow. rybackiego, o ile zakładanie stawów i przemienna gospodarka rybna i rolna szkodzić mogą zdrowiu okolicznych mieszkańców, kol. Grabowski odczytuje odpowiedź przez siebie ułożoną, którą jednomyślnie przyjęto.

2) Kol. Trzebicky przedstawia chorą, u któréj prof. Mikulicz wykonał w klinice doszczętne wyłuszczenie raka przełyku, z następowêm zupełnêm wygojeniem się rany. Prelegent mówi obszerniéj o metodach i szansach podobnych rękoczynów, zaliczając przypadek przedstawiony do najpomyślniejszych ze znanych w literaturze.

W dyskusyi kol. Mikulicz zastanawia się nad następowêm rozszerzeniem utrzymującego się po podobnych operacyjach zwężenia przełyku, a następnie przemawiają koll. Obaliński i Wilkosz.

3) Kol. Kwieciński (z Oświęcimia) mówi o częściowéj resekcyi jelita, któréj dokonał w warunkach pod każdym względem trudnych.—Odczyt ten ukaże się w „Przegl. Lek.“

W dyskusyi nad tym przedmiotem biorą udział koll. Obaliński, Mikulicz i Zaręba.

4) Kol. Obaliński mówi o 6ciu przypadkach laparotomii, wykonanych przez siebie w różnych okresach niedrożności jelit. (Rzecz ta będzie ogłoszona w Przegl. Lek.)

Z przyczyny spóżnionéj pory dyskusyja odłożona do następnego posiedzenia.

Za sekretarza *Dr. Dobruchowski.*

VII. Sekcyja okulistyczna na Kongresie międzynarodowym lekarskim w Kopenhadze 1884 r.

Sprawozdanie Dra B. Wicherkiewicza.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 45).

Do tego przedmiotu zabiera głos: A. Sad z Brazylii, który praktykując od 10 lat w okolicy położonéj 800 metrów po nad poziomem morza, widział tylko przypadki jaglicy wniesionéj przez innych, a mianowicie przez Włochów, nigdy zaś w téj okolicy cierpienie nie przeszło z jednéj osoby na drugą.

Seggel z Monachijum zapewnia, że na wyżynach bawarskich 800 metrów po nad poziomem morza jaglicy wcale nie ma. W ciągu 7 lat nie widziano w załodze monachijskiéj liczącéj 8.000 żołnierzy ani jednego przypadku ciężkiego zapalenia egipskiego a tylko kilka pojedyńczych łagodnych zapaleń spojówkowych mogących uchodzić za mieszkowe. Jedyny przypadek ciężkiéj jednostronnéj jaglicy powikłanéj łuszczką i zapaleniem tęczówki dotyczył sierżanta, który poprzednio nabawił się téj choroby we Frankfurcie. Chodziło tutaj o wznówkę, która ustąpiła bardzo łatwo pod wpływem dawnych środków. Zdaje się więc, że bawarskie wyżyny nie tylko nie dopuszczają jaglicy do rozwoju, ale przyczyniają się nawet do prędkiego jéj zniknięcia.

Barde z Genewy przytacza dla poparcia zdania Chibreta dwa przypadki: I tak, rodzina dotknięta jaglicą, zupełnie się z niéj wyleczyła przez kilkomiesięczny pobyt w Szwajcaryi; daléj przypomina okoliczność z życia Alberta Graefego, który lubił przebywać w Haiden w Szwajcaryi, a ponieważ sam tamże odświeżał swe siły, zwykł był z wdzięczności dla tego miejsca posyłać tam chorych swoich, dotkniętych zapaleniem egipskiêm. Zrazu wywołało to pomiędzy lekarzami miejscowymi wielką obawę, która jednakże ustąpiła, skoro się przekonano, że nie powstał w skutek tego ani jeden przypadek zarażenia.

Piąte posiedzenie 14 sierpnia przed południem.

Przewodniczący Dr. Noyes.

Schmidt-Rimpler z Marburga mówi: O sposobie oznaczenia refrakcyi za pomocą wziernika. Przedmiotowy sposób oznaczenia ma wielką wagę, ponieważ czyni nasz sąd niezawisłym od podań chorych, jakotéż od czynności nieprawidłowéj przyrządu nastawczego, jaka zachodzi w nadwzroczności ukrytéj i u niektórych krótkowidzów. Naprężenie akomodacyi mają często młodzi ludzi nadwzroczni, a pokonać je można przez dłuższy pobyt w ciemnêm miejscu, przez zwrócenie wzroku w dal itd.; prawdziwy zaś kurcz nastawczy, którego pierwowzorem jest kurcz mięśnia wywołany ezerynem, nie ustępuje w ten sposób. Naprężenie nastawcze nie zawsze daje się usunąć przez jednorazowe zapuszczenie atropinu, a refrakcyja nie zmniejsza się też do tego stopnia, w jakim się przedstawia przy badaniu za pomocą wziernika. S. R. zadaje sobie pytanie, czy otoczenie tarczy ma to samo znaczenie pod względem refrakcyi co plama żółta? Stan załamywania się światła w tych dwóch miejscach nie we wszystkich przypadkach jest równy

i to nie tylko tam, gdzie chodzi o wysokie stopnie niemiarowości, ale także w słabych stopniach. W ten sposób u krótkowidza, u którego myopija wynosiła 2 diop. S. R. znalazł myopiję wynoszącą 5 diop. p o n a d t a r c z ą. W innym zaś przypadku nadmiarowości a równéj 1 diop., znalazł miarowość obok tarczy. W trzecim znowu przypadku krótki wzrok podmiotowy wynoszący 5 diop. odpowiadał obok tarczy po stronie żółtéj plamy 10 diop. Z drugiéj strony, przy wysokich stopniach krótkiego wzroku pod tym względem nie ma wcale różnicy; wtenczasto stożek jest bardzo mały albo nie ma go wcale. Chcąc zatém oznaczyć stopień załamywania w oku, powinniśmy zawsze uwzględniać plamę żółtą. Co do sposobów w użyciu będących, to jedne z nich dozwalają stopień ten oznaczyć w przybliżeniu tylko, inne zaś bardzo dokładnie. W sposobie Cuigneta trzyma się, chcąc dojść do dokładniejszych wyników, przed okiem, które chcemy zbadać, soczewkę 10 diop. wypukłą, przez co otrzymujemy odwrócony obraz dna oka. Oddalając się teraz około 40 cm. ze żwierciadłem płaskiém wstecz widzimy powstające przy poruszeniach bocznych znane cienie w źrenicy. Zbliżając się znowu wśród tych poruszeń coraz więcéj do soczewki będziemy mogli widzieć cień poruszający się w przeciwnym kierunku i to w chwili, kiedy żwierciadło znajdować się będzie w miejscu obrazu odwróconego. Potrzeba tylko oznaczyć odległość tego punktu od soczewki, aby przekonać się o stanie załamywania światła w oku.

Wykładający przyznaje jednak, że nie udało mu się oznaczyć z wystarczającą dokładnością to miejsce, ponieważ oddzielenie cienia od światła nie jest zupełnie dokładném. Sposób Bouchardta (*Centralbl. f. p. Augenheilkunde*, December 1883) jest trudnym do przeprowadzenia, wymaga dużo czasu, i posiada nadto jednę wielką wadę, a mianowicie brak dostatecznéj wyrazistości obrazów siatkówkowych, która może polegać z jednéj strony na niewłaściwém umiejscowieniu tablicy zawierającéj litery, lecz z drugiéj strony na mylném nastawieniu oka badającego. W skutek tego potrzebaby wpierw po za żwierciadłem umieścić kolejno wszystkie szkła poprawcze, zanim będziemy mogli utwierdzić się w mylném umiejscowieniu tablicy. Co się tyczy szybkości i dokładności w oznaczeniu załamywania, to sposób badania w prostym obrazie i sposób autora o odwróconym obrazie mają równą wartość. Uchybienie w dokładności obydwóch może tylko zachodzić w granicach 1néj dioptryi, a tylko w wysokich stopniach niemiarowości sposób Schmidt-Rimplera daje pewniejsze wyniki. Pod względem porównania obydwóch sposobów dałoby się powiedzieć co następuje: 1) W sposobie z prostym obrazem akomodacyja badającego winna być zniesioną albo przynajmniéj dokładnie oznaczoną, co nie jest koniecznem przy drugim sposobie. Wielu badających nie umie opanować nastawienia oka; często nawet u wprawnych badaczy naprężenie akomodacyi powstaje bezwiednie. Sposób badania w obrazie prostym, jest wygodnym mianowicie dla krótkowidzów średniego albo wysokiego stopnia i dla presbyopów. 2) Trudno oznaczyć najwyższy stopień dokładności obrazu naczyń. Łatwiéj się to udaje za pomocą siatki zastósowanéj do przyrządu autora, którego sposób daje nawet zadowalające wyniki tam, gdzie jest drżenie gałek ocznych. 3) Wysokich stopni krótkowzroczności nie można oznaczyć w prostym obrazie mianowicie gdy źrenica jest poruszalną. Wtychto przypadkach sposób autora nie napotyka żadnych trudności. 4) Za pomocą tego sposobu można z łatwością oznaczyć stopień niezborności. 5) Zbliżanie się twarzą do osób mających być badanemi nie rzadko jest tak przykrém, że niepodobną staje się rzeczą zastósować metodę z obrazem prostym. 6) Na plamie żółtéj stan łamliwości przyrządu wzrokowego daje się tylko wykazać sposobem autora i to bez atropinizowania. Badanie refrakcyi w prostym obrazie ma atoli większe znaczenie od drugiego sposobu tam, gdzie chodzi o bardzo znaczne zaćmienia rogówki; obraz siatki bowiem nie dosyć dokładnie kreśli się na siatkówce, to samo i w niektórych przypadkach nieprawidłowego ubarwienia naczyniówki.

S. R. zwraca w końcu uwagę na kilka ważnych rzeczy dotyczących owego sposobu i tak: 1) Zwierciadło wklęsłe powinno dawać obrazy dokładne, wiele zwierciadeł jest źle polerowanych. 2) U soczewki wypukłéj powinna odległość ogniskowa wynosić ściśle 10 cm. 3) Przy odczytywaniu stopnia refrakcyi starannie unikać wypada usunięcia się taśmy. 4) Siatka, oko podmiotu i oko badającego, powinny znajdować się w jednéj płaszczyźnie pozioméj. Promienie z siatki pochodzące nie powinny zbyt ukośnie padać na żwierciadło. 5) Badający powinien posiadać pewien obszar akomodacyi. Zbytecznemi stają się téż wszelkie obliczania, skoro posługujemy się soczewką, któréj wypukłość wynosi 10 diop. Gdy obraz oddalony jest o 10 cm. od soczewki, mamy do czynienia z miarowością. Różnica wynosząca 1 cm. wykazuje niemiarowość 1 diop. i to tak, że np. przy 9 cm. mamy krótkowzroczność wynoszącą 1 diop., przy 11 cm. zaś nadmiarowość 1 diop.

W rozprawie nad powyższym odczytem wzięli udział:

S a t t l e r, który niezaprzeczając zalet sposobu polegającego na obrazie odwróconym, przedkłada jednak sposób badania w prostym obrazie, który w wielu przypadkach daje wyniki nadzwyczaj dokładne. Baczy on przy oznaczeniu refrakcyi na barwik nabłonkowy pomiędzy nerwem wzrokowym a plamą żółtą nie zaś na naczynia. Udawało mu się nawet w niezborności oznaczyć tym sposobem wielkość dwóch głównych południków a wybranemi szkłami walcowatemi pokrywać niezborność.

N o y e s zwraca na to uwagę, że przy oznaczeniu refrakcyi nie na naczynia, ale raczéj na ziarnistość barwika plamy żółtéj baczyć potrzeba.

H a n s e n G r u t zauważył również wielką różnicę refrakcyi pomiędzy tarczą a plamą żółtą, co niekiedy jest wielkiéj wagi ze względu na badanie żołnierzy. Przy oznaczeniu łamliwości baczyć wypada nie tylko na naczynia, ale także na pokład barwikowy komórek nabłonkowych dna oka. Refrakcyję wynoszącą 0,25 lub 0,50 diop. oznaczyć, jest, zdaniem Hansena, niemożliwém; skoro kilku bada refrakcyję u tego samego osobnika, różnice w oznaczaniu wynoszą nieraz 2 diop. Byłbyto wielki postęp, gdyby sposób Schmidt-Rimplera dozwalał oznaczyć stan łamliwości wprost na żółtéj plamie.

J u l e r z Londynu sądzi, że sposób badania w prostym obrazie daje się z korzyścią zastósować przy zwyczajnéj nadmiarowości i krótkowzroczności; wtenczasto bowiem możemy wprost plamę żółtą śledzić; nieodpowiedni zaś jest sposób ten przy niezborności; kiedy nam wypada zważać na naczynia w okolicy tarczy; najlepiéj można niezborność oznaczyć przez retinoskopiję.

C h i b r e t mniema, że metoda zwana retinoskopiją, keratoskopiją, fantoskopiją a zasługująca na wielkie zaufanie,

powinna wreszcie inaczéj być nazwaną. Francuski hellenista Egger, poleca w skutek zapytania Chibreta na oznaczenie rzeczy nazwę „skiaskopija,“ czyli badanie cieni.

Noyes okazuje wziernik, którym każde oko pod względem łamliwości zbadać można. Jestto nieznaczna odmiana wziernika Loringa.

Schmidt-Rimpler nie przypisuje swojemu sposobowi większéj dokładności aniżeli drugiéj metodzie. Według własnych poszukiwań porównawczych rzadko kiedy wynosi różnica, jaką osiągamy jednym lub drugim sposobem, 1 diop. Jestto jednak rzeczą pewną, że błąd w oznaczeniu łatwiéj się popełnia, badając w prostym obrazie i przy wysokich stopniach niemiarowości. Korzyści jego sposobu mają być głównie te, że akomodacyja nie wywiera żadnego nań wpływu a nadto, że łamliwość oznaczamy na żółtéj plamie.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Podhajce. W miesiącu październiku wygasł krztusiec w Białokiernicy, gdzie w ciągu 2 miesięcy na 63 chorych umarło 21; w Panosicach na 38 chorych umarło 3; w Uwsiu na 65 chorych umarło 7. Urzędownie zaś sprawdzono krztusiec w Złotnikach i Iszczkowie. Prócz tego krztusiec panuje co najmniéj w ¹/₈ części powiatu, jednakowoż z przebiegiem tak łagodnym, iż urzędy gminne nie donoszą o tém władzy, Co do wyniku terapii krztuśca *en masse* to zauważyć muszę na podstawie bardzo licznych obserwacyj, że rezultaty nieszczególne, najlep éj działa belladonna w większych dawkach i wziewania terpentyny z kwasem karbolowym. *Dr. Dzikowski.*

Stan chorób nagminnych w powiecie rzeszowskim w październiku b. r. był następujący: 1. Koklusz. Z końcem września w 5 gminach (ludność 3667) pozostało 268 chorych. W październiku przybyło w 7 gminach (ludność 8110) 215 chorych. Z ogólnéj liczby 483 chorych wyzdrowiało 215, umarło 19, zostaje z końcem miesiąca w leczeniu 169 chorych. Choroba ta posuwa się z południowych gmin powiatu ku północy. 2. Czerwonka w Konkolówce (ludność 1896). Do pozostałych z końcem września 17 chorych, przybyło w październiku 7 chorych. Z tych wyzdrowiało 23, umarło 1. Czerwonka w powiecie tutejszym wygasła zupełnie. 3. Odra w Polomyi (lud. 1031) pojawiła się w ilości 13, z których 4 wyzdrowiało, zaś 9 pozostało w leczeniu. 4. Dur brzuszny w Woli rafałowskiéj (ludność 788). Z końcem września pozostało 5. w październiku przybyło 9 chorych. Z tych wyzdrowiało 5, zostaje chorych 9. Z chorób zwierząt: 1) Świerzb u koni pojawił się na obszarze dworskim w Lutczyżu i w zagrodzie włościańskiéj w Przewrotném. Na 26 koni zachorowało 4, zabito chorego 1 konia, pozostaje w leczeniu 3. 2) Wścieklizna u 4 psów w 4ch gminach. Psy zabito. Pokąsanych 4 ludzi znajduje się w obserwacyi w tutejszym szpitalu powsz. Nadto w Rzeszowie z końcem października pojawiło się 6 przypadków łagodnéj płonicy. *Dr. J. Barzycki.*

* **Cholera**. Już się zdawało, że zaraza udała się co najmniéj na leże zimowe, pohasawszy sobie od czerwca we Francyi południowéj i we Włoszech, aliści pojawia ona się nagle w Nantes i Rouen, zkąd następnie dostała się do Paryża samego w pierwszych dniach bm. Od paru dni dzienniki polityczne donoszą o poszczególnych przypadkach śmierci z cholery w rozmaitych dzielnicach stolicy a redakcyja *W. med. Presse* otrzymała list od prof. Adamkiewicza, obecnie w Paryżu bawiącego, donoszącego jéj o przypadku cholery w Salpetrière.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 26 października do 1 listopada umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 26,0. Z ospy umarło 1 (0 z. t.); z odry 0 (2 z. t.): z płonicy 5 (2 z. t.); z błonicy 1 (2 z. t.); z krztuśca 1 (1 z. t.); z duru brzusznego 1 (1 z. t.); z duru osutkowego 0 (2 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku ospy (0 z. t.); 7 odry (3 z. t.); 10 płonicy, (6 z. t.). W tygodniu od 19—25 października umarło z ospy w Londynie 15, świeżo zapadło 179, leczyło się w szpitalach 616. W Glasgowie, Liwerpolu, Birmingham, Warszawie, Odesie i Rzymie umarło z ospy po 1, w Genewie 2, w Pradze i Wenecyi po 4, w Madrasie 5, w Lizbonie 7 Z duru osutkowego umarło w Palmie 1, w Saragosie 2, w Madrycie (od 29 września do 5 października) 3. Błonica panuje w Murcyi. W Kalkucie i Madrasie umarło z cholery od 7—13 września 11, względnie 170 osób, w Bombayu od 17—23 września 26.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 19—25 października umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 28,9; w Warszawie 30,3; w Poznaniu 39,1; w Wiedniu 20,0; w Pradze 24,2; w Berlinie 24,3; w Hamburgu 26,5; w Gdańsku 23,6; w Mnichowie 27,1; w Dreźnie 21,6; w Lipsku 18,3; w Bazylei 16,3; w Brukseli 26,5; w Amsterdamie 26,8; w Hadze 25.7; w Paryżu 22,7; w Londynie 19,6; w Kopenhadze 21,8; w Stokholmie 23,5; w Chrystyjanii 14,3; w Petersburgu 22.0; w Odesie 27,6; w Rzymie 18,8; w Wenecyi 21,4; w Bukareszcie 24,2; w Madrycie 25,1; w Lizbonie 29,2; w Nowym Yorku 25,0; w Filadelfii 19,5; w Bombayu 29,2; Madrasie 63,3. *J. B.*

Śmiertelność we Lwowie (liczącym 115.544 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). W tygodniu od 12—18 październik rb. umarło 68 osób, co odpowiada na rok i 1,000 m. 30·6. W tym czasie zmarło 3 osób z ospy, 5 z płonicy, 1 z błonicy, 1 z duru osutkowego.

W tygodniu od 19 do 25 października r. b. zmarło 70 osób co odpowiada na rok i 1,000 m. 31,5. W tym czasie zmarło 5 osób z ospy, 1 z odry, 5 z płonicy, 1 z błonicy, 2 z duru brzusznego, 1 z duru osutkowego, 1 z gorączki połogowéj, 1 z krztuśca.

W tygodniu od 26 października do 1 listopada rb. zmarło osób 74, co odpowiada na rok i 1000 mieszk. 34·2. W tym czasie zmarło 3 osób z ospy, 7 z płonicy, 2 z błonicy, 2 z dławca.

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 12 listopada. Wydział lekarski na ostatniém posiedzeniu swém przedstawił Ministerstwu do potwierdzenia Drnda med. Teofila Bąkowskiego, jako asystenta 1go przy katedrze anatomii opisowéj, oraz mianował Dra Aleksandra Bossowskiego elewem przy klinice chirurgicznéj nadając mu zarazem stypendyjum Wydziału krajowego.

* Rada m. Karlsbadu przesłała docentowi Jaworskiemu znaczny zapas wody i nowéj soli karlsbadzkiéj w celu doświadczenia skutków i podania racyjonalnéj metody leczenia. Chorzy niezamożni, potrzebujący leczenia karlsbadzkiego, a nadający się do obserwacyi, otrzymają wodę lub sól bezpłatnie w pomieszkaniu kol. J. lub w klinice lekarskiéj.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin.** Posadę pierwszego asystenta przy katedrze fizyjologii po Kroneckerze objął Dr. Gad, docent w Würzburgu — Osławiony prof. Schweninger objął kierownictwo oddziału chorób skórnych w Charité. Sprawa jego z Dubois-Rejmondem, którego wyzwał na pojedynek z powodu, że nie przyjął jego wizyty w swojém pomieszkaniu, nie przyczynia się do przebłagania opinii publicznéj, obrażonéj słusznie z powodu, że człowiek ten bez szczególnych zasług a nadto smutną mający przeszłość na rozkaz kanclerza narzuconym został Wydziałowi lekarskiemu. — **Halla**. Docent prywatny Dr. Doebner mianowany został prof. nadzw. chemii, farmaceut. i toksykologii. — **Gryfija**. Prof. nadzw. Sommer mianowany prof. zwyczajnym. — **Warszawa**. Dziekanem Wydz. lek. na rok. bieżący obrany został ponownie prof. Brodowski. — **Wrocław**. Dr. Partsch habilitował się jako docent chirurgii. — **Praga czeska**. D. 5 bm. odbyła się uroczysta instalacyja rektora Uniw. czeskiego prof. położnictwa Strenga.

* **Wiadomości osobowe**. W obronie krajowéj galicyjskiéj mianowani zostali: lekarzem batalijonowym w randze lekarza pułkowego 1éj klasy, Dr. Wacław Machnowski, w randze lekarzy pułkowych 2éj kl. Drowie Edward Witkowski, Franciszek Grodecki, w randze starszego lekarza Dr. Jakób Plessner.

* **Nekrologija**. W Paryżu umarł Dr. Fauvel, były inspektor zdrowia we Francyi, a który musiał ustąpić z posady swojéj w skutek błędnego zapatrywania się na istotę cholery

w Tulonie wybuchłéj. — W Poznaniu umarł w 31 roku życia Dr. Reinhold Bruntzel, b. asystent prof. Spiegelberga we Wrocławiu, a późniéj lekarz praktykujący w Poznaniu. Z prac jego jedna, napisana w języku polskim, umieszczona była przed paru laty w naszym tygodniku. — W Preszburgu umarł prymaryjusz tamecznego szpitala Dr. Schlemmer, b. asystent prof. Heinego w Pradze. — W Pradze czeskiéj umarł w 77 roku życia Dr. Karol Slawomił Amerling, b. dyrektor zakładu dla idyjotów i zasłużony wielce pisarz i patryjota czeski.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 45: Dunina: O otruciach, spowodowanych wessaniem produktów gnilnych trawienia; Nenckiego i Kotowskiego: Woda studzienna szpitali warszawskich. — W *Medycynie* Nr. 45: Krokiewicza: O niektórych nowszych lekach, polecanych przeciw chorobom wewnętrznym I agaricyn (z kliniki prof. Korczyńskiego); Machcewicza. Przypadek opalenia spowodowany przez wybuch materyj palnych.

Sekcyja Lwowska Tow. lekarzy galicyjskich odbędzie zwyczajne X posiedzenie naukowe **w sobotę d. 22 listopada r. b. o godzinie 6éj** wieczór w ratuszu.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Zarząd Biblijoteki uczniów Wydziału lekarskiego w Uniwersytecie Jagiellońskim wzywa wszystkich tych P. T. PP. Lekarzy, którzy jako członkowie tegoż Towarzystwa korzystali z Biblijoteki a dotychczas nie oddali książek wypożyczonych lub należnych wkładek nie uiścili, aby do dnia 30 Listopada 1884 r. należności zwrócili. — W razie zagubienia książki należy za takową po cenie księgarskiéj zapłacić (według statutu §. 15). Jeżeli to wezwanie nie odniesie skutku, Zarząd Biblijoteki bezzwłocznie dnia 1go Grudnia 1884 r. stósownie do statutu Towarzystwa będzie zmuszony dochodzić pretensyj Biblijoteki drogą sądową.

W Krakowie dnia 6go Listopada 1884.

Z ZARZĄDU BIBLIJOTEKI

Tadeusz Jakubowski — biblijotekarz.

Edward Mukowicz — zastępca bibl.

KONKURS.

Na opróżnioną posadę lekarza miejskiego z płacą roczną 400 złr. ogłasza Zwierzchność gminna niniejszém Konkurs.

Ubiegający wniosą swe podania zaopatrzone w dowody odbytych studyjów i praktyki lekarskiéj do Zwierzchności gminnéj najdaléj **do 30 Listopada rb.**

Zwierzchność gminy.

Niżankowice 11 Listopada 1884.

L. 770.

KONKURS.

Na posadę lekarza miejskiego w Mikołajowie z roczną płacą 365 złr. w. a. prowizorycznie na jeden rok, poczém nastąpić może stabilizacyja.

O tę posadę konkurować tylko mogą Drowie wszech nauk lekarskich, krajowcy, którzy nie przekroczyli 40tego roku życia.

Podania należycie udokumentowane należy wnieść do tutejszego Magistratu najdaléj do 20 Listopada rb.

Dla wiadomości P. T. Kompetentów zauważa się, że dotychczasowy lekarz miejski był zarazem lekarzem kolejowym, wykonywał czynności sanitarne przy tutejszym c. k. Sądzie powiatowym i był także delegowanym przez c. k. Starostwo do oglądania bydła na stacyi kolejowéj Mikołajów-Drohowyże.

Z Magistratu kr. miasta w Mikołajowie d. 21 Października 1884.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. — W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 22 listopada 1884. № 47. Rok XXIII.

I. O schyzomycetach w ropie.

Podał Dr. Med. J. Ziemacki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 46).

Otóż za pomocą takiéj metody odkrywałem w każdym zbadanym przypadku bez wyjątku mikroorganizmy. Nie było ani jednego przypadku, któryby pod tym względem stanowił wyjątek. Fakt ten jest bardzo ważny. Dowodzi bowiem jeszcze raz, że pomiędzy zapaleniem a schyzomycetami istnieje jakiś stały związek. Nie tu miejsce wysnuć dalsze wnioski, czy to jest związek przyczynowy, czy téż następowy. Pytanie, czy ustroje drobnowidowe są skutkiem lub przyczyną zapalenia, może być rozstrzygnięte tylko na drodze doświadczalnéj. Nauka nowoczesna przechyla się ku temu, że pozostają one w związku przyczynowym. Czy tak lub nie, faktu współistnienia nic obalić nie może. Możemy się różnić w wysnuwaniu wniosków z faktu, ale nigdy nie możemy mieć dwóch zdań co do obecności schyzomycetów w zapaleniu. Moje niezbyt liczne spostrzeżenia potwierdzają fakt ten w zupełności. Co się tyczy ilości mikroorganizmów, to powiedzieć coś ogólnego o wszystkich przypadkach w tém miejscu jest rzeczą bardzo trudną, a to dla tego, że ilość ich bywa w różnych przypadkach bardzo różną, a nawet co więcéj w różnych preparatach z jednéj i téj saméj ropy waha się pod względem ilości w granicach bardzo wielkich. A nie raz nawet pod jedném szkiełkiem znajdujemy okolice całkiem wolne od schyzomycetów, a inne tuż obok leżące okolice zawierają je w nadzwyczaj wielkiéj ilości. Mówiąc tedy ogólnie schyzomycety nie są rozrzucone w ropie równo i jednostajnie, lecz przeciwnie znajdują się w postaci grup, właściwiéj mówiąc w postaci obłoczków lub rojów rozrzuconych nieprawidłowo w plazmie ropy. Większość znajdowała się w plazmie, nadzwyczaj rzadko zdarzało mi się widzieć dwa lub trzy schyzomycety w komórce ropnéj, tak że w tym względzie można nawet przypuścić, iż umiejscowienie schyzomycetów w ciałkach ropnych należy jeżeli nie do wyjątków, to przynajmniéj do nader rzadkich przypadków.

Faktem daleko ważniejszym, na który w pracy obecnéj szczególniejszy kładę nacisk, jest spostrzeżenie zrobione przezemnie, że postać, rozkład, uporządkowanie schyzomycetów bywa w jednostajnych pod względem klinicznym przypadkach wcale niejednostajną. Dotychczas nie zwrócono na to należytéj uwagi. Fakt ten był zapisany już przez kilku badaczy (Billroth, R. Koch, Ogston i w. i.) Nikt ztąd jednak żadnego dalszego wniosku nie wysnuł, wyjąwszy Billrotha, który zjawisko to całkiem mylnie w duchu swéj teoryi o *Coccobacteria septica* wytłumaczył i R. Kocha, który w cierpieniach septycznych u królików i domowych i polnych myszy odkrył rozmaite ustroje drobnowidowe i bardzo słusznie przypuścił związek z odnośnemi chorobami. Tak np. u niego pewne rodzaje prątków wywoływały septicemiję u myszy polnych, nie wywołując jéj u myszy domowych, a mikrokoki pewnego gatunku wywoływały pyemiję u królików nie szkodząc innym zwierzętom. Widzimy więc, że tutaj u różnych rodzajów znajdowano w różnych cierpieniach różne schyzomycety. R. Koch (*Untersuchungen über die Microorganismen bei accidentellen Wundkrankheiten.* Lipsk, 1878) ograniczył się tylko do zwierząt, a poszukiwań swoich nie rozciągnął na człowieka. Moje poszukiwania dotyczą zaś tylko organizmu ludzkiego i poruszają kwestyję w sposób zupełnie odwrotny od sposobu Kocha. Przeciwieństwo naszych dróg, po których doszukujemy się istoty chorób, najlepiéj się objawi, jeżeli rzecz tę przedstawimy w postaci pytań. R. Koch dał jasną odpowiedź na pytanie, czy różne ustroje są przyczyną różnych chorób septycznych? A ja w téj pracy na zasadzie moich niezbyt licznych spostrzeżeń chcę rozwiązać pytanie, czy mikroorganizmy spotykane w ropie ostrozapalnéj są różne, czy téż jednakowe?

Wprzód atoli zanim dam szczegółową odpowiedź na to pytanie, muszę pokrótce opisać przypadki zbadane. Będzie rzeczą wystarczającą, jeżeli ograniczę się tylko do ważniej-

szych symptomatów, potrzebnych do charakterystyki cierpienia. Przedtém uważam za stosowne podzielić przypadki na pewne grupy, aby uniknąć późniéj niepotrzebnéj plątaniny. Do jednéj grupy zaliczam wszystkie przypadki, w których znalazłem jednakowe schyzomycety.

Grupa pierwsza.

1. M. J. *Endometritis puerperalis. Pyaemia*. 10 marca 1884 porodziła dziewczynkę w 6tym miesiącu ciąży. D. 13 marca chłopca. *Adhaesio placentae*. W 4 godziny potém oddzielenie łożyska rękoczynem dla silnego krwotoku. Od tegoż dnia silne osłabienie, dreszcze, wymioty, ból brzucha, obrzękłość w stawach. *Status praesens*. Dnia 23 marca cuchnące *Lochia, Peritonitis, Perimetritis*. Wysięki ropne w stawach: praw. ramieniowym, lew. łokciowym. Stan się pogarszał prędko. Zapalenie stawów kolanowych, *Sopor, Coma*, śmierć d. 28go. Ropę badano w 2 godzin po śmierci i wzięto ze stawu kolanowego.

2. E. J. *Mastitis dextra, lymphadenitis axillaris, erysipelas dorsi et thoracis totius. Pyaemia*. 16 kwietnia dreszcz, ból, obrzmienie i silne zapalenie piersi i gruczołów pachowych. 22 kwietnia. *Stat. praes. Erysipelas* prawéj poł. klatki. 23 nacięcia ropnia prawego pod pachą. 5 maja recydywa róży, ropnie na plecach, nacięcia. 11 i 12, nowe ropnie na krętarzu lewym., *erysipelas* na głowie. Wzięto do badania ropę 3 razy po 1ém nacięciu, po 2ém d. 28 kwietnia i trzeci raz d. 17 maja z ropni w różnych okolicach skóry.

3. *Phlegmone manus et antibrachii*. Zaczęło się przed 3ma tygodniami od zapalenia palca wskazującego po zranieniu. *Lymphangiotis*. Felczer dał jakąś gryzącą maść do wtarcia. *Erysipelas. Stat. praes*. Ręka cała mocno obrzmiała. Wiele ropni na przedramieniu; komunikacyja z otworami ropnemi na dłoni. Palec mały zupełnie zgangrenowany, amputowano. Przecięcie ropni. Dreny. *Erysipelas* bez flegmony na całém ramieniu. Po kilku dniach znaczne polepszenie. Ropę wzięto po nacinaniu owrzodzeń i ropni.

4. M. J. *Lymphadenitis cruralis acuta*. 4 maja bez widocznéj przyczyny ból w nodze. Silne obrzmienie gruczołów w okolicy *foramen ovale dextr*. 6 maja przyjęta do szpitala. 13 maja *incisio abscessus*. Chociaż gorączka zaraz opadła a i przed rozcięciem ciepłota nie była zbyt podniesioną, bo się wahała pomiędzy 38·3° i 37·8°, d. 13go poronienie w końcu drugiego miesiąca ciąży. Nieco gorączki w skutek zatrzymania resztek jaja. Po oczyszczeniu macicy łyżką wyzdrowienie zupełne. Ropę badano po wypuszczeniu jéj d. 13go.

5. Z. S. *Abscessus mammae utriusque*. 15 stycznia *pleuritis purulenta*. Ostry stan zapalenia przeszedł. Wysięk zapewne nie był wessany. Oprócz tego istniało *pericarditis*. Sformowały się wrzody wzdłuż mostka, komunikujące z wysiękami w *cavum pleurae* i *pericardii*. *Status praes*. d. 18 maja silna gorączka. Ropnie w obu gruczołach piersiowych. Wysięk w jamie lewéj bardzo znaczny. *Pericarditis. Incisio abscess*. w gruczoł. piersiowych. *Erysipelas*. Gorączka się wzmogła. *Peritonitis acutissima*. Ropę badano po nacięciu ropni piersiowych.

6. *Phlegmone humeri sinistri in superficie interna*. A. F. 1go czerwca silne dreszcze. Rozległe zapalenie skóry w *sulcus bicipitalis intern. humeri sin*. Ciepłota dochodziła przez dni kilka do 41°. Rozległe zaczerwienienie naokoło zapalonego miejsca. D. 13 czerwca wykonałem bardzo liczne nacięcia głębokie i płytkie. Gorączka opadła. W kilka dni potém oczyściła się zgorzelinowa powierzchnia wewnętrzna z licznych ropnych ognisk. W kilka tygodni całkowite wyzdrowienie. Ropę wzięto z ropni rozciętych d. 13go.

7. *Abscessus cruris post erysipelat*. A. T. zachorowała na różę goleni prawéj d. 12 czerwca. Przyjęto ją do szpitala d. 15go. Róża zajmuje powierzchnię skóry na całéj nodze lewéj do połowy biodra. Gorączka silna. Po kilku dniach czerwoność różowa znikła. Okazały się ropnie walcowate w postaci rurki wzdłuż przebiegu naczyń limfatycznych na przedniéj powierzchni goleni wijące się spiralnie od *malleolus ext*. ku górze ku *condylus internus femoris*. D. 22 czerwca zrobiłem liczne nacięcia podłużne i zbadałem wypuszczoną ropę.

Grupa pierwsza złożyła się z siedmiu przypadków, w których spotykałem schyzomycety zawsze jednostajnego kształtu i jednostajnego ugrupowania. Jestto okoliczność, na którą kładę większy nacisk, pozostawiając obszerniejsze i szczególowsze wyjaśnienia teoretyczne na potém, kiedy rozpatrzę poszczególnie wszystkie przypadki. Z natury rzeczy wypada mi tutaj ograniczyć się tylko do strony faktycznéj. Schyzomycety występują w téj grupie w kształcie koków powiązanych w długie sznureczki. Te sznurki złożone z drobniutkich kulek mają wielkie podobieństwo do różańca lub do sznurka pereł i paciorek. Można byłoby nazwać je z tego powodu mikrokokami paciorkowatemi. Sznurki te są rozmaitéj długości, zawierają nieraz po 12—20 osobnych koków. Zwykle jednak mniéj, bo tylko od 6 do 8. Sznureczki te nie są bynajmniéj proste, z wyjątkiem chyba tylko krótszych sznurków, składających się z mniejszéj ilości koków. Zazwyczaj jednak przedstawiają się one w postaci pogiętych i powyginanych lub tylko lekko falistych nici. Nigdy nie zdarzyło mi się widzieć nici połamanych lub załamujących się pod różnemi kątami, jakto np. widziałem u laseczników karbunkułowego i u *clostridium butyricum*. Zgięcia i wychylenia pojedyńczéj nici są nieznaczne, zbliżające się do formy koła o promieniu wielkim. Nici a raczéj sznury mikrokoków występowały prawie zawsze pojedyńczo. Rzadko kiedy splatały się dwie lub trzy nici razem, tworząc niby ślicznie zagmatwaną plecionkę z paciorków. Ilość sznureczków mikrokokowych w różnych preparatach była bardzo różną. A co większa nawet w jednym i tym samym preparacie znajdowałem wielkie różnice co do gęstości mikrokoków. Jestto zresztą fakt omówiony już w ogólnych uwagach, bo dotyczy wszystkich prawie przypadków zbadanych z małym tylko wyjątkiem, o którym zresztą niżéj. Przy zabarwianiu w 2% rozczynie gencyjano-fijoletowym nić sama pozostawała zwykle bezbarwną, a barwiły się tylko koki, do takiego nawet stopnia, że mogło się wydawać, że koki wcale z sobą nie są połączone, a to w skutek tego, iż części nici pomiędzy pojedyńczemi kokami nie przyjmowały zabarwienia. Tymczasem po zabarwianiu w mocnym alkalicznym rozczynie fuksyny w alkoholu (po dodaniu kropli KHO), występowało zabarwienie w tych częściach nici, które uprzednio pozostawały zupełnie bezbarwne. W taki sposób ujawniła się nić schyzomycetowa. Rzecz jasna, że mikrokoki leżące w nici są niczém innem, jak zarodnikami (*sporae*), które, jak wiadomo, mają szczególniejszą własność wchłaniania farb anilinowych. Pomiędzy mikrokokami, które w tym razie uważam za zarodniki schyzomycetu, nić bywa nieco ściśniętą. To pochodzi bez wątpienia ztąd, że wytworzone w nici zarodniki wzrastając pęcznieją nieco i stają się grubszemi od grzybni, która je wydała. Wielkość takiego zarodnika równa się średnio 1—1,5μ. Wpatrując się uważniéj, widzimy je-

szcze jeden fakt dający wiele do myślenia. Każdy niemal sznureczek składa się z parzystéj ilości koków. Zdarzają się co prawda sznureczki nieparzyste, ale bardzo rzadko. Dla czego więc ilość koków w takim sznureczku nie jest dowolną? Dla czego jest parzystą, a nie bywa nieparzystą? Pytania te dają się łatwo rozwiązać, gdy zauważymy, że w pojedynczym sznureczku zarodniki są ułożone parami, a to w ten sposób, że nie wszystkie mikrokoki są jednostajnie od siebie oddalone. Sznureczek taki [1]) składa się zwykle z kilku par mikrokoków, któreto pary są od siebie więcéj oddalone aniżeli mikrokoki w jednéj parze od siebie, t. j. przedział pomiędzy pierwszym zarodnikiem a drugim, wzgl. pomiędzy trzecim a czwartym, jest mniejszym, aniżeli przedział pomiędzy drugim a trzecim, czwartym a piątym. W ten sposób zarodnik pierwszy i drugi tworzą razem pierwszą parę, trzeci i czwarty razem drugą parę. Zjawisko to zkądinąd niezrozumiałe i w danym razie niewytłumaczone wyjaśnia się, jeżeli porównamy je ze stanami analogicznemi u schyzomycetów innego gatunku. Naprzykład u *bacterium merismopedioïdes*, rosnącego w szlamie błotnym, znajdujemy formę zupełnie analogiczną. W pewnym okresie rozwojowym parzyste koki są powiązane w długie łańcuszki. Każda para mikrokoków powstała tu w osobnym krótkim laseczniku, a krótkie laseczniki uszeregowane wzdłuż jednéj linii tworzyły długą nić. Te krótkie laseczniki powstały przez drobienie się i szczepienie się dłuższych nici. W ten sposób parzyste uszeregowanie mikrokoków w *bacterium merismopedioïdes* wskazuje na to, że przedtém sznurek składał się z krótkich laseczników. Mnie się zdaje, że w danym razie mamy toż samo. I tu zapewne koki parzyste powstały w jednym prątku w ten sposób, że u każdego bieguna powstało po jednym zarodniku. Zarodniki leżące w jednym laseczniku są więcéj do siebie zbliżone. Ale naodwrót zarodniki końcowe dwóch sąsiednich prątków są od siebie więcéj oddalone. Fakt taki przemawiałby za tém, że w okresie poprzedzającym te długie nici składały się z pojedynczych krótkich i nadzwyczaj cienkich laseczników. Jestto jednak wniosek teoretyczny. Pomimo skrupulatnych poszukiwań w tym kierunku nie mogłem ani w jednym preparacie odkryć lasecznika odpowiedniego. Jakie na to złożyły się przyczyny, nie wiem. Być może, że do główniejszych powodów należy spóźniona pora badania; albowiem ropa jest już produktem późnego okresu zapalenia, a oprócz tego w większéj części moich przypadków zapalenie miało się ku końcowi, a sprawa chorobowa zaczynała zmniejszać się. (C. d, n.)

II. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

Gorzykwiat wiosenny i konwalija majowa jako leki zastępujące naparstnicę.

(Według wykładu na posiedzeniu Tow. lek. krak. w dniu 15 października 1884).

Podał Dr. Wł. Antoni Gluziński.
I asystent kliniki lek.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 46).

Szczęśliwszym natomiast był drugi środek polecany w tych samych przypadkach, z którego mam zdać sprawę t. j. konwalija majowa (*Convalaria majalis*). Znana i używana już w 16tym wieku (Mettioli, Smid) w rozmaitych celach, jużto w postaci *eau d'or* we Francyi jako *analepticum*, jużto w postaci proszku z liści jako tabaka, zaś suszonych kwiatów używano do okładów w stłuczeniach; także w Rosyi lud przypisywał konwalii majowéj skuteczne działanie w wielu stanach chorobowych, jak padaczce, kurczach, a zwłaszcza w opuchlinach. Naukowe uzasadnienie używania tego leku wyszło także od Botkina.

Z kliniki jego ogłasza Bogajawleński (*Dissert. inaug.* Petersburg), a następnie sam Botkin i Alfajew (*London med. Ricord.*, 1881, Nr. 76) spostrzeżenia kliniczne i farmakologiczne, które wykazują współrzędność działania z naparstnicą, a odznaczają się brakiem zbiorowego działania. Simanowski (*Estedelnaja kliniczeskaja Gazeta*, 1881, Nr. 10) zaleca *tr. conval. majal.* nietylko w organicznych zmianach, ale i w nerwicach serca. Troicki (*Wracz*, 1882, Nr. 18) potwierdza jego spostrzeżenia; o korzystnych wynikach donosi również Kalmyk (*Wracz*, 1882, Nr. 20 i *Thérap. Gaz.*, 1882, str. 254) i Żuk (*Wracz*, 1882, Nr. 51 cyt. według *Medycyny*, 1883, str. 107), ten ostatni poleca jednak przeważnie w nerwicach serca, podczas gdy w organicznych zmianach wybitnego skutku nie stwierdzał. Po pracach tych lekarzy rosyjskich, a właściwie równocześnie na drugim końcu Europy, bo w Paryżu, występują Sée i Bochefontaine (Sée. *Compt. rend.* XCV, Nr. 1, str. 51 i *La semaine médical.*, 1882, Nr. 27, Sée i Bochef. *Journal de Thér.* 1882, IX, str. 181) i wykazują, że wyciąg z liści jest dwa razy słabszy niż z kwiatów, a opierając się na klinicznéj obserwacyi i doświadczeniach na zwierzętach wyżéj stawiają konwaliję majową niż naparstnicę, a to dla tego, że pierwsza nie posiada przeciwwskazań, nie wywiera szkodliwego wpływu na przewód pokarmowy i nie działa zbiorowo. Moutard-Martin (*Bull. gen. de Thér.*, 1882, str. 148) potwierdza zdanie Séea. Tanret (*Bull. gen. de Thér.*, 1882, str. 179), radzi zamiast nastoju i wyciągów używać skutecznego glykozydu konwalamarinu. Coze i Simon (*Bull. gen. de Thér.* 1383 z 15 grudnia) przeprowadzają porównawcze badania co do działania konwalii majowéj i naparstnicy i wykazują ich równorzędne działanie.

Z Włoch posiadamy ogłoszenie z kliniki prof. Maragliany (*Ctrbl. f. d. med. Wiss.*, 1883, Nr. 43, str. 769), które mniéj jest entuzyjastyczne niż Séea, w każdym razie dodatnie. Z dwóch glykozydów, jakie w konwalii majowéj jeszcze w r. 1853 Walz wykazał, t. j. konwalarinu i konwalamarinu poleca M. podobnie jak Tanret konwalamarin działający równorzędnie z dygitaliną.

Hourd (*New York med. Record*, 1882, str. 281) donosi z Ameryki, że konwalija tamże od dawna już używana była jako środek moczopędny i potwierdza swojemi doświadczeniami dotychczasowe spostrzeżenia. Smith (*Arch. of Med.*, 1882, str. 293) z Anglii ogłasza dwa przypadki, w których osłabienie serca wywołane w jednym przez dur brzuszny, w drugim przez zapalenie otrzewny po użyciu konwalii ustąpiło. Lek ten zachwala także bardzo Taylor (*Virchow-Hirsch Jahresber.*, 1883, I, 436). Pel (*Centrbl. f. Therap.*, 1883, Nr. 2) z Holandyi odmawia jéj wprawdzie skuteczności w razach osłabienia serca wśród przewlekłego zapalenia nerek, nie może jéj jednak zaprzeczyć dodatniego działania w zboczeniach kompenzacyi serca, jakkolwiek działanie to może być słabsze niż naparstnicy.

---

[1]) Podług nomenklatury wprowadzonéj przez Billrotha nosi taki sznurek nazwę *streptococcus*. Wyraz ten jednak nie uzyskał prawa obywatelstwa u bakteryjologów botaników, którzy już przedtém dla téj postaci mieli imię *torula*. Wyraz *streptococcus* spotyka się obecnie bardzo rzadko i wyłącznie u bakteryjologów lekarzy.

W dziwném natomiast przeciwieństwie stoją ogłoszenia z Niemiec. W klinice Leydena, jak donosi Hiller (*Wiener med. Presse*, 1883, str. 245), środek ten podawany w rozmaitéj postaci chorym z niekompensowaną wadą sercową miał się okazać zupełnie bezskuteczny, gdy naparstnica działała świetnie. Podobnie ujemny wynik swoich doświadczeń podaje Jacobson na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego berlińskiego (z d. 5 lutego 1883) a podczas dyskusyi w znacznéj części przyłącza się i Lubliński do tego zdania. Stiller (*Wiener med. Wochensch.*, 1882, str. 44) podawał w 21 przypadkach konwaliję majową, z tych w 17 z zupełnie ujemnym wynikiem, gdy naparstnica następnie podana w 9 z nich sprowadziła kompenzacyję, w 5 także nie działała, a w 3ch nie była podawana. Tylko w 2ch przypadkach wywarła konwalija wpływ korzystny na wydzielanie moczu, w 2ch zaś sprowadziła kompensacyję zupełną i to w jednym z nich, co podnieść muszę, gdzie naparstnica dłuższy czas podawana była bez najmniejszego skutku. Wreszcie Leubuscher (*Zeitsch. f. klin. Med.*, t. VII, str. 581) donosząc o doświadczeniach z kliniki jenaiskiéj z konwalamarinem otrzymanym z fabryki Tromsdorfa z Erfurtu kończy swoją rozprawę wnioskiem, że środek ten nietylko żadnéj korzyści, ale nawet szkodę przynieść choremu może.

Tyle co do historyi tych dwóch środków.

Przystępując do zdania sprawy z doświadczeń wykonanych z dwoma wspomnianemi środkami w klinice prof. Korczyńskiego poprzedzam takowe ogólnemi uwagami o sposobie stosowania takowych.

Przy podawaniu kierowaliśmy się temi samemi wskazaniami, jak dla naparstnicy, a więc używaliśmy tych leków: w zmianach organicznych serca, bądź jeszcze w okresie kompensacyi, gdy akcyja serca była wzmożona a tętno przyspieszone, bądź w okresie mniejszéj lub większéj niekompensacyi cechującéj się znanemi objawami i to bez względu na to, czy niedomoga sercowa była wynikiem zmiany na zastawkach (*endocarditis*), czy też w samym mięśniu sercowym lub jego otoczeniu (*myo- et pericarditis*), czy też polegała na jakiéj odleglejszéj przyczynie (*emphysema pulm.*, *nephritis chr.*). W nerwicach serca dla braku odpowiedniego materyjału nie stosowaliśmy tych leków. W przypadkach użytych do doświadczeń stosowano przez cały ciąg obserwacyi, jużto jeden z wspomnianych środków, jużto obydwa dla porównania ich działania, jużto wreszcie po poznaniu ich skutków podawano inne leki dotychczas używane jak naparstnicę, ckliwicę l. t. p. Przetworów dostarczał nam aptekarz kliniczny p. Radler i to gorzykwiat sprowadzał od Mercka z Darmstadtu, a konwaliję sprowadzał nam z Moskwy, czém pragnęliśmy uniknąć zarzutu, jaki spotkał Hillera, że używał innego gatunku konwalii. Tak jeden jak i drugi środek stosowaliśmy przeważnie w postaci naparu według następującego przepisu:

Inf. herb. adonis vernalis	*Inf. flor. Conval. maj.*
e 4—8 ad 200	*e 4—6 ad 200*
Syr. cort. aur. 20	*Syr. cort. aur. 20*
MDS. Co godzina łyżkę.	*MDS.* Co godzina łyżkę.

Rzadziéj podawaliśmy *Extr. conval. maj.*; z czystym konwalamarinem doświadczeń przeprowadzić nie mogliśmy, przyznać się bowiem należy, że środek ten dla kliniki krakowskiéj okazał się za drogim (1 gram kosztuje 3 zlr. w.a.). Adonidyn dotychczas nie znajduje się w handlu.

Chorzy brali leki te bez wstrętu.

Dla poparcia wniosków i usprawiedliwienia sądu o wartości tych dwóch środków pozwolę sobie przytoczyć naprzód kilka historyj chorób.

1. J. H. z Czorsztyna, l. 56. Poprzednio zdrów; dopiero od roku doznaje bicia serca, kaszlu, duszności i znacznego upadku sił. Stan obecny. Odżywienie podupadłe. Na twarzy i wargach sinica. Żyły szyjne zewnętrzne rozdęte falują. Oddech utrudniony odbywa się przy pomocy mięśni dodatkowych. W płucach rozległy nieżyt oskrzelowy. Uderzenie serca rozlane na 6, 5, 4 i 3 przestwór międzyżebrowy, równocześnie widać wstrząśnienie w dołku podsercowym. Ręką wyczuć można skurczowy koci mruk nad końcem serca, jak również w 5 i 4 przestworze międzyżebrowym. Stłumienie serca w wymiarze podłużnym sięga od 3 żebra, ku dołowi schodzi się ze stłumieniem wątroby, — w poprzecznym na lewo do linii sutkowéj lewéj, na prawo do linii środkowéj ciała. Przysłuch wykazuje nad końcem serca piłujący szmer skurczowy i rozskurczowy, nad ujściami tętniczemi 2 tony; drugi nad tętnicą płucną nieco zaostrzony. Nad podstawą serca tarcie osierdziowe. Ruchy serca niemiarowe, podobnie jak i tętno, które jest małe, częste i miękkie. Wątroba znacznie powiększona, przy dotyku bolesna. Śledziona rozmiarów prawidłowych. W jamie brzusznéj mierna ilość wolnego płynu, na odnogach dolnych nieznaczna opuchlina. Mocz w ilości skąpéj, mocno wysycony zawiera ślad białka.

Rozpoznanie brzmiało. *Peri - Myo - et Endocarditis subsequ. insuff. valv. mitr. et stenosi ostii venosi sin. in stadio incomp. (ascites, anasarca, hyper. passiva pulm., hepatis et renum).*

Od 27/XI—2/XII brał chory w celu sprowadzenia kompensacyi *inf. adon. vern.* 4—8:200 co godzina łyżkę. Skutek możliwy osiągnięty. Ilość moczu urosła z 400 cm. na 1650 — ślad białka ustąpił, tętno nieco tylko zwolniało, zyskało jednak na oporności, arytmia mniejsza, drugi ton nad tętnicą płucną silniejszy. W płucach skąpsza ilość furczeń i świstów, oddechy nie tak nasilone, a podmiotowo chory nie doznaje takiéj duszności. Opuchlina na nogach ustąpiła, ilość płynu w jamie brzusznéj zmalała, skutkiem tego znaleziono ubytek na wadze o 1.20 klgr.

Nie podawanie leku od 3/XII —5/XII objawiło się powolném zmniejszeniem ilości moczu tak, w d. 6/XI wynosiła już tylko 950 cm., a duszność, małe wypełnienie tętnic, napady bicia serca i arytmia w pierwotnéj sile wróciły napowrót. Chcąc porównać korzystne działanie gorzykwiatu z konwaliją, podano 6/XII takową w naparze z 5:200. Wprawdzie ilość moczu podniosła się odrazu do 1250 cm., chory jednak zmuszony interesami domowemi usunał się od dalszéj obserwacyi w stanie względnego tylko polepszenia.

Dołączona tabliczka dopełni historyi choroby

Dzień	Ilość moczu w cm.	C. gat.	Licz. tęt. rano	Licz. tęt. wieczór	Ciężar ciała w klgrm.	Leczenie
27 List.	480	1030	110	112	66	Inf. adon. ver. 4:200
28 „	340	„	100	120	—	2ga dawka
29 „	600	„	100	120	—	3cia
30 „	850	1021	100	110	—	4ta „
1 Grud.	900	„	100	112	—	5ta „ 8:200
2 „	1050	1018	100	112	64·80	6ta „
3 „	1650	1016	100	102	—	sine med.
4 „	1350	1018	100	110	—	„
5 „	1100	„	114	116	—	„
6 „	950	„	96	110	65	Inf. Conval. maj. 5:200
7 „	1250	„	100	108	—	2ga dawka
8 „	600 (?)	„	102	108	—	opuszcza klinikę

II A. M. lat 16. Od dzieciąctwa przy najmniejszym ruchu bicie serca i sinica. Badanie choréj doprowadziło do rozpoznania: *Vitium cordis dextri congenitum (probabil. ductus Botalii apertus)* [1]).

Dla arytmii serca, tętna słabego, 130 uderzeń na minutę wynoszącego i duszności podano konwaliję.

Działanie najlepiéj uwidoczni podana tabliczka

Ilość moczu w cm.	C. gat. w cm.	Liczba tętna rano	Liczba tętna wieczór	Ciężar ciała w klgr.	Leczenie
800	1021	120	130	55·50	Inf. Conv. maj. 5:200
"	"	104	106	—	2ga dawka
1110	1021	98	98	—	3cia "
1400	1018	92	92	55·50	4ta "
1500	1017	84	80	—	5ta "
2400	"	80	80	—	6ta "
2050	"	84	82	—	7ma "
1600	1021	80	80	55·70	—

Przypadek ten oprócz pomyślnego skutku zasługuje na zaznaczenie, gdyż jest jedynym, w którym przy 7 dawce konwalii wystąpiły przypady uboczne w postaci nudności, bólu głowy, które zmusiły do zaniechania dalszego lekowania, które było zresztą niepotrzebne w obec sprowadzonéj kompensacyi, która do końca pobytu choréj w klinice utrzymywała się. (C. d. n.)

III. Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych prof. Rosnera.

Sprawozdanie naukowe z ruchu chorych w téjże klinice w ciągu roku szkolnego 1883 i 1884.

Podał Dr. Leon Kopff
asystent kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 46).

A. T., lat 26, prawnik, przybył do kliniki 15 listopada 1883 r. W połowie lipca wystąpiła kiła pierwotna. Już w początkach sierpnia kiła wtórorzędna w postaci wysypki krostkowéj, a następnie niesztowic na podudziach. Polecono choremu zaraz w domu wcierania, których zrobiono 25. W końcu października wystąpił drugorzędny wrzód na żołędzi, do którego przyłączyła się zgorzel. W dniu przybycia chorego do kliniki, rozpoznano: *Syphilis papulo-pustulosa capitis et trunci, ulcera cutanea post ecthyma in extremitat. superior. capite, thorace, ulcera superficialia in palato molli, gonitis ambilateralis, defectus totius glandis post necrosim ex ulcere phagedenico.* Prócz leczenia miejscowego i pożywnéj dyjety stosowano wewnętrznie żelazo z chininem i jodek potasu. Chory po sześciotygodniowym pobycie opuścił klinikę na wyleczeniu. Owrzodzenia w większéj części zagoiły się, chory odzyskał siły, odżywienie się znacznie poprawiło.

A. S., żona wieśniaka, lat 42, zarażona przez męża przybyła do kliniki 5 stycznia 1884. Po wybitnym, kilkanaście dni trwającym, okresie zwiastunowym rozwinęła się wysypka guzkowa. Osoba bardzo wynędzniała, wychudła, tak że wstrzymano się od wszelkiego leczenia przeciwkiłowego, polecając tylko dobrze pożywną dyjetę i żelazo z chininem. Na żądanie męża chora opuściła klinikę 31 stycznia bez polepszenia. 28 marca powróciła. Wysypka miała teraz charakter łuszczycowy. Wystąpiły niesztowice na tyłogłowiu i na czole. Polecono jodek potasu, a następnie wcierania po 3grm. na dzień. Zrobiono ich 25. 2 czerwca chora znów opuściła zakład bez widocznego polepszenia na żądanie męż. 6 sierpnia po raz trzeci przybywa do kliniki. Wysypka w znacznéj części ustąpiła, za to całe uda, podudzia, plecy i ramiona pokryte owrzodzeniami po niesztowicach. Wychudnienie i charłactwo w najwyższym stopniu. Chora ma ogromne łaknienie, większe jednak ilości pokarmów łatwo sprowadzają zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego. Polecono żelazo z chininem. W końcu sierpnia chora opuściła zakład niewyleczona na żądanie własne i męża.

We wszystkich czterech przytoczonych przypadkach mieliśmy do czynienia z kiłą ciężką, uporczywą, cechującą się już to wysypką krostkową, szczególniéj niesztowicami, już to licznemi kłykcinami, już to wreszcie zmianami kiłowemi w stawach i na okostnéj. U wszystkich czterech chorych kiła wystąpiła tak złośliwie, jak się zdaje, skutkiem złego odżywienia i złych warunków higijenicznych, w jakich się chorzy znajdowali. Obok tego niezawodnie zbyt wczesne leczenie rtęcią w dwóch przypadkach, podkopując jeszcze więcéj odżywienie chorego, przyczyniło się znacznie do zmniejszenia odporności ustroju, a têm samém do wystąpienia złośliwéj kiły. Dla tego téż w dwóch tych przypadkach (pierwszym i trzecim) leczenie wzmacniające, które stósowaliśmy w klinice, obok podawania jodu, odniosło najlepsze rezultaty, tak, że w przypadku trzecim, bardzo ciężkim, już nawet z niektórych stron uważanym za stracony, wrzody na głowie, na rękach, plecach, wreszcie wrzód dyfterytyczny na prąciu, zagoiły się w przeciągu krótkiego stosunkowo czasu.— W przypadku czwartym u kobiety 42-letniéj, w najwyższym stopniu wynędzniałéj, mieliśmy obraz kiły bardzo ciężkiéj, nieustępującéj leczeniu, jaka nie rzadko napotyka się u naszego ludu wiejskiego wyrobniczego, niedbającego o swoje zdrowie, żyjącego w nędzy i w najgorszych warunkach higijenicznych.

Prócz trzech powyżéj opisanych rodzajów wysypek syfilitycznych, napotykaliśmy jeszcze t. zw. *„syphilis pigmentosa“* wyłącznie u kobiet. Zmiana ta charakterystyczna wystąpiła w 7 przypadkach; ograniczała się tylko do karku aż po grzebienie łopatek, i do szyi po okolicę pierwszych żeber. Występowała ona bez innych zmian syfilitycznych na skórze, lub téż, co jednak rzadziéj, towarzyszyła postaciom różyczkowym i guziczkowym. Pojawienie się jéj nie miało pod względem rokowania żadnego znaczenia. Mimo ustąpienia wszystkich objawów kiły po leczeniu rtęcią, zmiany barwikowe skóry utrzymywały się uporczywie i chore z niemi opuszczały klinikę.

W przeważnéj części naszych przypadków jednym ze stałych objawów kiły drugorzędnéj było wypadanie włosów. Włosy na głowie u mężczyzn i kobiet wypadały nie tylko w tych przypadkach, gdy skóra głowy pokrytą była wysypką syfilityczną różycową, guzkową, krostkową lub też niesztowicową. Również spostrzegaliśmy wypadanie włosów w dość znacznéj liczbie przypadków, w których nie mogliśmy wykryć żadnych zmian na skórze głowy, a któremi moglibyśmy tłumaczyć wypadanie włosów. Widocznie więc w przypadkach takich jad syfilityczny wpływa w sposób dotąd niewytłumaczony na odżywienie brodawki włosowéj, upośledzając je i sprowadzając wypadnięcie włosa. Że tak najprawdopodobniéj rzecz się ma, świadczy i to że i te włosy, które na głowie pozostają, zmianie ulegają. Włosy takie, pod wpływem jadu syfilitycznego tracą swój naturalny połysk, w dotknięciu stają się szorstkie, przytém są kruche i nie tak łatwo dają się czesaniem ułożyć. Często téż, szcze-

[1]) Dokładny opis tego przypadku będzie przy innéj sposobności podany.

gólniéj u kobiet, włosy takie robią wrażenie włosów przyprawianych lub peruki. Wypadanie włosów rozpoczynało się zwykle równocześnie z wystąpieniem objawów drugorzędnych. Trwało zaś rozmaicie, stósownie do stopnia zakażenia kiłowego, kilka tygodni, miesięcy lub i dłużéj. Włosy wypadały zwykle na wszystkich częściach głowy jednakowo. Przynajmniéj nie uważaliśmy, aby którekolwiek miejsce było więcéj od drugiego dotknięte tą chorobą. Stopień wypadania był różny. Raz dopiero dokładniejsze badanie i wypytywanie się chorego wykazywały ten objaw kiły drugorzędnéj, drugi raz samo przeciągnięcie ręki przez włosy w czasie badania wyciągało ich dziesiątkami z głowy, w innych wreszcie przypadkach chory był na pół lub jeszcze więcéj łysy. Wypadanie włosów nie ograniczało się tylko do głowy. Niejednokrotnie mieliśmy sposobność widzieć ten sam objaw między włosami wzgórka łonowego. Tutaj, szczególniéj u kobiet, przychodziło czasem do zupełnego wyłysienia, tak że mimowoli przychodził na pamięć zwyczaj wschodni golenia włosów niewiastom na częściach rodnych. Zarost brody u mężczyzn dość często znacznie także rzedniał. W przypadkach wysypki na twarzy, zajmującéj skórę brwi, uważaliśmy i wypadanie włosów z brwi. Niekiedy brwi prawie zupełnie wypadły, nadając tym sposobem charakterystyczny wyraz twarzy.

Wybitnych zmian kiłowych na paznogciach nie zdarzyło nam się ani razu w naszych przypadkach widzieć. Zmiany dość często napotykane ograniczały się do lekkiéj „*onyxis.*“ Polegały one na zgrubieniu paznogcia i na jego wielkiéj kruchości. Paznogieć taki był zwykle na końcu jakby ząbkowany.

Błony śluzowe brały udział w większéj części naszych przypadków w objawach kiły wtórorzędnéj. Objawy te, pod wieloma względami podobne do wysypek skórnych, tylko ze względu na różną budowę anatomiczną błony śluzowéj modyfikowane, występowały już w postaci zwykłego nieżytu, już to niewinnie wyglądających nadżerków, już to guzków sączących lub przerosłych, albo wreszcie w postaci mniéj lub więcéj głębokich owrzodzeń.

Prócz na istotnych błonach śluzowych napotykaliśmy kłykciny sączące (*plâques muqueuses, condylomata lata, papulae humidae*) także na tych miejscach skóry, które stanowią niejako przejście do błon śluzowych, lub które skutkiem warunków, w jakich się znajdują (ciepło, wilgoć itd.), są więcéj usposobione do zmiany tego rodzaju. Spotykaliśmy więc kłykciny sączące szczególniéj na częściach rodnych. Zmiany te występowały szczególniéj stale i różnorodnie u kobiet. Najwięcéj ulubioném ich siedliskiem były wargi większe, mniejsze i fałd udowy. U kobiet, które się nie leczyły już w początkach wybuchu kiły wtórorzędnéj, a które przytém wcale nie należały do osób dbałych o czystość, kłykciny już to w postaci nadżerków, guzków sączących, guzków przerosłych już to owrzodzeń pokrywały w sposób kolosalny całe części rodne. — U mężczyzn kłykciny sączące najczęściéj występowały na mosznach, następnie na żołędzi, napletku i skórze prącia, rzadko stosunkowo na wewnętrznéj powierzchni ud. W drugim rzędzie najczęstszą siedzibą kłykcin była okolica rzyci. Tutaj częściéj napotykaliśmy kłykciny wybitne u mężczyzn niż u kobiet. Na trzeciém miejscu co do częstości występowały zmiany kiły drugorzędnéj na błonie śluzowéj migdałków, podniebienia miękkiego, policzków, języka i warg. Zmiany te spostrzegaliśmy u 82 chorych. Częściéj występowały one u mężczyzn niż u kobiet. Dotyczy to szczególniéj kłykcin na wargach i języku. Zmiany większe, w postaci owrzodzeń, umieszczone na migdałkach lub podniebieniu miękkiém, sprawiały choremu ból przy połykaniu. Również bolesnemi były kłykciny języka. Z innych miejsc napotykaliśmy jeszcze kłykciny między palcami u nóg (u 8 kobiet). Kłykciny te sprawiały ból chorym i bardzo utrudniały chodzenie. Dość stosunkowo często, głównie znów u mężczyzn, występowały drobne kłykciny na skrzydłach i na przegrodzie nosowéj, tudzież czasem w częściach nieco wyżéj położonych. W dwóch przypadkach u mężczyzn kłykciny obok innych miejsc znajdowały się także na powiekach. Tutaj głównie na ciałku łzowém i na spoidle. U trzech kobiet siedzibą kłykcin były sutki, mianowicie ich strona przylegająca do skóry piersiowéj. U dwóch wreszcie chorych znajdowały się kłykciny pod pachami.

Tutaj także należy wspomnieć o zmianach wtórorzędnych w krtani. Wydarzyły się one w naszych przypadkach 17 razy, mianowicie u 9 kobiet i u 8 mężczyzn. Zmiany te podmiotowo objawiały się chrypką, drapaniem w gardle a czasem i kaszlem. Badanie najczęściéj wykazywało mniéj lub więcéj rozwinięty nieżyt więzadeł i nagłośni połączony dość często z nadżerkami powierzchownemi, niczém się tak dalece nieróżniącemi od innych tego rodzaju nadżerków nieżytowych.

Stałym objawem kiły wtórorzędnéj było obrzmienie pewnych grup gruczołów limfatycznych. W naszych przypadkach obrzmienie to napotykaliśmy u 115 chorych w mniejszym lub większym stopniu rozwinięte i występujące w jednym lub kilku kompleksach gruczołów limfatycznych. W jednym i jedynym przypadku nie znaleźliśmy obrzmienia gruczołów ani w pachwinie ani na karku, ani na szyi, ani pod szczękami, w ogóle nigdzie.

Leopold J. rzeźnik, l. 30, przybył do nas 11 lipca 1883. Badanie wykazało: *Syphilis secundaria recens maculopapulosa, papulae humidae ad labia oris nec non ad palatum molle et ad glandem penis, cicatrix indurata ad radicem penis, adenopathia nulla.*—Chory miał dostać szankra przed 6 miesiącami. Wtedy miano mu podać pigułki *e Kalio jodato.* Przed 14 dniami miała wystąpić wysypka obecna.—Przebieg był w ogóle łagodny. — Po 24 injekcyjach podskórnych sublimatu kiła zupełnie ustąpiła. Czy i jak prędko kiła się odnowiła, nie wiemy, chory bowiem więcéj do nas nie powrócił.— Czyżby w tym przypadku wczesne podanie jodku potasu miało wpłynąć na nierozwinięcie się obrzmienia gruczołów limfatycznych?

Najczęściéj spotykaliśmy obrzmienie gruczołów karkowych (*glandulae cervicales posteriores*, rzadziéj *anteriores*). Obrzmienie wybitniejszém było zwykle u mężczyzn niż u kobiet. W przypadkach wysypki syfilitycznéj na głowie, obrzmienie zawsze bywało mocniejszém. Zazwyczaj tylko pojedyńcze gruczoły były obrzękłemi. W kilku jednak przypadkach cała plejada gruczołów karkowych była mocno obrzmiałą, twardą, połączona między sobą tkanką, tak że stanowiła zupełnie identyczną zmianę z tém, co nazywają „*Bubo strumosus.*“ W drugim rzędzie co do częstości po gruczołach karkowych tylnych i przednich idą gruczoły kołogardzielowe na brzegu mięśnia zginacza głowy. Gruczoły te były zwykle wyrazem zmian syfilitycznych w gardle. W trzecim rzędzie stoją w naszych przypadkach gruczoły podszczękowe. Obrzmienie ich także zwykle towarzyszyło zmianom kiłowym na błonie śluzowéj jamy ust. O wiele rzadziéj napotykaliśmy obrzmienie gruczołów podjęzykowych, kołousznych, pachowych itd., nieco częściéj zas znów obrzmienie gruczołów barkowych. Obrzmienie gruczołów w tych przypadkach,

w których mieliśmy sposobność spostrzegać kiłę wtórorzędną od chwili pierwszych zmian, występowało zwykle w końcu pierwszego tygodnia. Utrzymywało się zaś przez cały czas trwania zmian wtórorzędnych. Nawet po ustąpieniu zmian wtórorzędnych gruczoły obrzmiałe, jakkolwiek znacznie się zmniejszyły, utrzymywały się jeszcze stale przez czas długi.

Zmiany kiłowe w oku w czasie kiły wtórorzędnéj stosunkowo rzadko napotykaliśmy. Przyczyną tego jest, że przeważna część takich chorych poddaje się właściwemu leczeniu w klinice okulistycznéj prof. Rydla. Najczęstszą postacią, napotykaną przez nas, było zapalenie tęczówki. Wystąpiło ono u 11 chorych, 9 kobiet a 2 mężczyzn. Zazwyczaj zapalenie występowało w późniejszym czasie kiły wtórorzędnéj nie rzadko w czasie kiły odnawiającéj się. Zwykle dotyczyło jednego oka. W jednym tylko przypadku (u kobiety) wystąpiło na obydwóch oczach. W tym przypadku dość zadawnionym, chociaż zapalenie ustąpiło zupełnie, silne zrosty oparły się wszelkiemu leczeniu. Zapalenie naczyniówki spotykaliśmy w jednym przypadku u kobiety. Kobieta ta mimo 32 wcierań wyszła z kliniki tylko z miernem polepszeniem wzroku. W dwóch przypadkach leczyliśmy (u mężczyzn) *neuro-retinitis*. Oba przypadki opuściły klinikę ze znaczną poprawą wzroku.

Zapalenia okostny i w ogóle objawy kiły wtórorzędnéj w układzie kostnym wystąpiły w 26 przypadkach, tj. u 17 kobiet i u 9 mężczyzn. Objawy te kiły wtórorzędnéj polegały albo na istotném zapaleniu okostny, lub téż tylko na szczególniejszéj bolesności ograniczonych części układu kostnego, bez wyczuć się dających zmian jakichś anatomicznych. Zapalenie okostny istotne najczęściéj napotykaliśmy na kości goleniowéj, a następnie na obojczyku, na mostku, na wyrostkach łopatki, na żebrach, na kości czołowéj itd. Zapalenie to zwykle występowało w pierwszych okresach kiły wtórorzędnéj i po leczeniu miejscowém i wewnętrzném szybko ustępowało. Drugi rodzaj cierpienia kości występował najczęściéj także w początkach kiły wtórorzędnéj. Zajmował on najczęściéj kości więcéj odsłonięte, niepokryte tak bardzo mięśniami, tłuszczem itd., szczególniéj różne wyrostki kostne w okolicy stawów. Chorzy skarżyli się tutaj na ból wzmagający się, podobnie jak w istotném zapaleniu okostny, ku wieczorowi, ból ten był na miejscu ograniczoném, miejsce to bolesne bardzo przy dotyku, nie wykazywało jednak żadnéj wypociny, albo jakiejkolwiek zmiany anatomicznéj.

Tutaj także nadmienić muszę o bólach, które w naszych przypadkach dość często występowały, szczególniéj w samych początkach wysypki, w kościach czaszki i czasem na mostku, bardzo często w towarzystwie gorączki. Chorzy tacy skarżyli się zwykle na mocny ból głowy. Przy dokładném obmacywaniu głowy znajdowało się zawsze parę miejsc bolesnych, w których jednak zmian żadnych odkryć nie było można. Podobne cierpienie występowało tylko o wiele rzadziéj na mostku. Tutaj najczęściéj na rękojeści lub na wyrostku mieczykowatym (*cephalagia, sternalgia syphilitica*).

W kilku przypadkach wystąpiły także mocne bóle w bokach piersi, odpowiadające bardzo rodzajem bólów i umieszczeniem bólom towarzyszącym zapaleniom opłucny. Badanie jednak nie wykazywało zmian żadnych, a zatém i bóle te tutaj podporządkować należy (*pleurodynia*).

Cierpienie stawów w czasie kiły wtórorzędnéj spostrzegaliśmy u 3 mężczyzn i 5 kobiet. W 7 przypadkach cierpienia te ograniczały się tylko do bólów w stawach, najczęściéj łokciowych, obojczyko-mostkowych i kolanowych, bez wykazać się dającéj jakiéjkolwiek wypociny. W jednym tylko przypadku u chorego mężczyzny (którego historyję przytoczyliśmy powyżéj mówiąc o wysypce niesztowicowéj Nr. 2), zapaleniu w stawach łokciowych towarzyszyło obrzmienie i zaczerwienienie skóry, a wewnątrz torebki stawowéj nagromadzenie wypociny. Cierpienie stawów w naszych przypadkach występowało zwykle w późniejszym przebiegu kiły wtórorzędnéj. Znaczenia wielkiego cierpienia te nie miały. Zwykle po leczeniu ogólném w krótkim czasie ustępowały.

Dość częstemi były w naszych przypadkach objawy kiły wtórorzędnéj w układzie nerwowym. Występowały one raz jako bóle właściwe głowy, to znów jako nerwice w różnych gałęziach nerwowych, to znów jako bezsenność, jako bicie serca, osłabienie itp. lub wreszcie jako porażenie.

Bóle głowy charakterystyczne częściéj napotykaliśmy u kobiet niż u mężczyzn. Odróżniały się one tém od wyżéj opisanych bólów polegających na zmianach w układzie kostnym, że ból przy ucisku wcale się nie wzmagał, owszem chorzy czasem nawet uciskali głowę rękami twierdząc, że im to ulgę sprawia. Bóle te miały wielkie podobieństwo do migreny. Najczęściéj wzmagały się ku wieczorowi, jak wszystkie objawy bolesne kiły, czém się znów różniły od migreny. Bóle te zresztą zwykle trwały dni kilka, zmieniając się tylko co do natężenia. Najczęściéj ból taki głowy napotykaliśmy w pierwszych początkach kiły wtórorzędnéj, zwykle nieco cięższéj. Już w pierwszych dniach leczenia antisyfilitycznego ból ten zmniejszał się i zwykle w ciągu tygodnia przy podawaniu rtęci ustępował.

Kilku naszych chorych, zarówno mężczyzn jak i kobiet, skarżyło się na bezsenność, nie z przyczyny jakiegokolwiek bólu lub gorączki jedynie tylko z przyczyny, że sen żadną miarą nie chciał im skleić powiek. Bezsenność taka występowała tak w początkach kiły wtórorzędnéj, jak i w późniejszych okresach, zwykle powtarzając się co jakiś czas przez dni parę.

Dość częstemi były objawy nerwowe, polegające na zawrocie głowy, przemijającym a często się powtarzającym, na biciu serca, na nudnościach itp., w ogóle objawy, opisywane pod zbiorowém mianem „*asthenia neurosa.*"

Nerwice rzadko występowały w naszych przypadkach. Spostrzegaliśmy ich tylko dwa razy, i to obydwa razy u mężczyzn w rozgałęzieniach nerwu troistego. Porażenie w przebiegu kiły wtórorzędnéj spotkaliśmy u naszych chorych cztery razy, tj. trzy razy u mężczyzn a raz u kobiety. Porażenia występowały zawsze w późniejszym czasie kiły drugorzędnéj i dotyczyły albo pojedynczych gałęzi nerwu okoruchowego (trzeciéj pary) lub téż szóstéj pary. Objaw ten nie przedstawiał zresztą nic charakterystycznego, znamieniem jego było tylko to, że porażenia niczemu innemu przypisać nie było można, i że wszelkie leczenie z wyjątkiem antisyfilitycznego, było bezskutecznem.

Róża (*Erysipelas*) powikłała przebieg kiły świeżéj wtórorzędnéj w jednym przypadku u kobiety z wysypką różycowo-guzkową i licznemi kłykcinami na częściach rodnych i w gardle. Przebieg róży łagodnéj wpłynął bardzo modyfikująco na kiłę. Podobnie jak w innych przypadkach tak licznie w literaturze tego dziwnego objawu patologii opisanych, tak i tutaj kłykciny ustąpiły a wysypka znikła.

W końcu tego sprawozdania o objawach kiły wtóro-

rzędnéj wspomnieć muszę o przebiegu ciąży u naszych pacyjentek kilą zarażonych. Kobiet zarażonych ciężarnych leczono w klinice 12. Siedm opuściło klinikę przed ukończeniem się ciąży, skoro tylko usunięto objawy kiły. O tych więc nic nie wiemy, jaki wpływ wywarła kiła na dalszy przebieg ciąży i na płód. Z pięciu przypadków pozostałych u czterech ciężarnych poród nastąpił w siódmym lub ósmym miesiącu ciąży. Płód był nieżywy i zmacerowany. Sekcyja płodów tylko w jednym wykazała zmiany kiłowe, mianowicie w nasadach kości udowych. Tylko w jednym przypadku dziecko przyszło na świat donoszone i zdrowe. Wywiady i przebieg kiły w tym przypadku wykazały, że matka dziecka została zarażoną w pierwszéj połowie ciąży. We wszystkich dwunastu przypadkach kiły u ciężarnych zauważyliśmy brak wszelkiéj wysypki kiłowéj na skórze. Za to stale występowały kłykciny tak na częściach rodnych jak i na błonach śluzowych gardła i ust. Zazwyczaj na częściach rodnych kłykciny były szczególniéj mocno rozwinięte, liczne, w postaci owrzodzeń, guzków sączących i przerosłych. Kłykciny te leczeniu większy opór stawiały niż u kobiet nieciężarnych. Co do występowania innych objawów kiły, to nic szczególniejszego niezauważyliśmy. Jedynie tylko ogólne odżywienie więcej cierpiało skutkiem tego powikłania. Niedokrewność rozwijała się więcéj, niż u innych kobiet zarażonych. Przypadłości nerwowe, jak bóle głowy, nerwice żołądka, bóle mięśniowe często występowały. Również kobiety takie dużo cierpiały na brak apetytu, niestrawność, nudności, wymioty itd., co w znacznéj części pozostawało w związku z ciążą. Po odbytym połogu objawy te zupełnie ustępowały. Przebieg dalszy kiły był w ogóle lepszy, kłykciny szybko się goiły, a odżywienie i stan ogólny w krótkim czasie znacznie się poprawiały.

W trzech przypadkach spotkaliśmy się z kiłą u dzieci, najprawdopodobniéj nabytą. Trzej nasi mali, nieszczęśliwi pacyjenci, byli w wieku od $1\frac{1}{2}$ do 5 lat. W dwóch przypadkach nie udało nam się wyśledzić, w jaki sposób dzieci zostały zarażone. W trzecim przypadku dziewczynka półtoraroczna zaraziła się od matki mężatki, która służyła za mamkę do dziecka kiłowego. Objawy kiły w dwóch przypadkach ograniczały się do kłykcin sączących na częściach rodnych i na wargach ust. W trzecim zaś przypadku u dziewczynki pięcioletniéj prócz kłykcin sączących wystąpiła także wysypka różyczkowa na skórze. Zresztą przebieg kiły łagodny niczém się nie różnił od przebiegu téj choroby u osób dorosłych. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

O kokainie i zastósowaniu tegoż do znieczulania oka.

(Według wykładu Dra Karola Kollera mianego w Tow. Lek. wied.) Podał Dr. Schaitter.

Alkaloid kokain otrzymał w roku 1859 Niemann z liści kokowych (*folia Coca z Erythroxylon Coca,* krzaku rosnącego w Peruwii i Boliwii). W roku 1862 otrzymał Lossen 0·2 do 0·02% alkaloidu z liści kokowych i przekonał się, że kokain krystalizuje w postaci cienkich graniastosłupów, o połysku jedwabiu, smaku gorzkawym, które są prawie nierozpuszczalne w wodzie zimnéj, mało rozpuszczają się w ciepłéj, łatwo zaś w wyskoku i eterze. Oprócz kokainu wykrył L. w liściach kokowych ciało lotne, o własnościach zbliżających je do alkaloidów, które nazwał Hygrinem, garbnik i rodzaj wosku.

Liście kokowe stanowią dla mieszkańców Ameryki południowéj niezbędną pożywkę, która żuta sprawia przytępienie uczucia głodu i znużenia; dziennie spożywają Amerykanie po 28 do 42 gramów liści.

Od lat kilkunastu przedsiębrano doświadczenia nad działaniem kokainu i liści kokowych a według zdania Schroffa ma kokain działać podobnie jak *Cannabis indica:* w małych dawkach podnieca czynność mózgu, w wielkich przytępia ją w drugim okresie działania. Kokain zachwalono odtąd wśród rozmaitych stanów chorobowych a najwięcéj spodziewano się z zastósowania środka tego wśród leczenia przewłocznych otruć morfinem i wyskokiem. Bentley ogłosił w roku 1878 spostrzeżenia swoje nad leczeniem morfinicy za pomocą kokainu i stwierdził wielkie jego zalety: chorzy odzwyczajają się od morfinu stosunkowo łatwo, wśród leczenia nie pojawiają się nudności i przytłumienie władz umysłowych a recydywy i głód morfinowy nie występuje. Freund spostrzegał po podaniu kokainu podniecenie czynności narządu płciowego. Liście kokowe służą od dawna do sporządzania przetworów kokowych, wychwalanych przez gazety w terapii, nie wyrobiły sobie jednak dotąd stanowiska.

Nowa era dla znaczenia kokainu w medycynie nastała w skutek doświadczeń Kollera z tym środkiem. Już podczas Zjazdu okulistów w Heidelbergu w dniu 15 Września b. r. zawiadomił on świat lekarski o swojém odkryciu a na posiedzeniu Tow. Lek. wied. zdał niedawno sprawę z obszernych swoich doświadczeń, do których skłoniło go spostrzeżenie znane dawniéj, że kokain znieczula miejscowo błonę śluzową języka. Doświadczenia na zwierzętach przekonały go, że kokain znieczula również spojówkę i rogówkę a doświadczenia na ludziach wykazały, że:

1. Rogówka i spojówka bywają znieczulone po wkropleniu 2-procentowego rozczynu do worka spojówkowego. Znieczulenie to powstaje po upływie jednéj lub dwu minut po wkropleniu i trwa przez 7 do 10 minut, poczém ustępuje bez złych następstw.
2. W 15 do 20 minut po wkropleniu rozszerza się źrenica, rozszerzenie jest w godzinę największém, w drugiéj godzinie zmniejsza się ono a po upływie kilku godzin ustępuje. Podczas rozszerzenia źrenice oddziaływają na światło szybko, równocześnie zaś spostrzedz można nieznaczne porażenie akomodacyi.
3. Spojówka powiekowa staje się niedokrewną.
4. Jeżeli się wkrapla co pięć minut przez pół lub całą godzinę, można wykazać działanie na głębsze części gałki ocznéj, ucisk bowiem wywarty na gałkę oczną nie sprawia bólu.
5. Kokain nie działa wcale drażniąco.

W klinice doc. Reussa badano własności kokainu lecznicze jako środka odurzającego i znieczulającego podczas zabiegów operacyjnych wykonywanych na oczach. Jako odurzający stosowano środek ten w przebiegu spraw chorobowych spojówki i rogówki, połączonych z światłowstrętem i bólami; skutek dodatni trwał tylko przez kilka godzin. Nader pomyślnym bywał rezultat, gdy wkroplono środek przed lapisowaniem spojówki. Jako znieczulający stósowano go z bardzo dobrym skutkiem przed wyjmowaniem ciał obcych z rogówki, przed tatuowaniem, operacyją skrzydlika, przed dyscysyją, operacyją garbiaka, wycięciem tęczówki i ekstrakcyją linearną. Ostatnie zabiegi operacyjne można było wykonać bez bólu, skoro tylko przed operacyją wkroplono chorym co pięć minut rozczyn pięcioprocentowy.

Na têm samêm posiedzeniu T. Lek. wied. okazano działanie kokainu na chorym, poczêm zabrał głos w têj sprawie docent Königstein, który zajmował się badaniem tego środka, równocześnie z Kollerem i niezależnie od tegoż. Königstein stwierdził w zupełności rezultaty uzyskane przez Kollera, dodaje jednak, że po tuszowaniu oka rozczynem lapisu lub siarkanem miedziowym ból ustaje wprawdzie na pewien przeciąg czasu, późniéj jednak występuje z wielkiém nasileniem, to téż chorym tym należy przepisywać rozczyn kokainu do wkraplania nawet w parę godzin późniéj. Oprócz zjawisk powyżéj wyliczonych dodaje on, że kokain sprawia rozszerzenie szpary powiekowéj, co może być wyzyskaném w porażeniu powieki górnéj. W przypadku zapalenia tęczówki ze znaczném nastrzykaniem spojówki kokain zastępował najzupełniéj działanie atropinu, a działanie tegoż sprowadzające niedokrewność spojówki było w tym przypadku nader wybitném. Natomiast w przebiegu zapaleń spojówki z większą lub mniéj obfitą wydzieliną było wkraplanie kokainu bezskuteczném. Środek ten okazał się nadto bardzo odpowiednim do rozszerzenia źrenicy podczas badania wziernikiem ocznym, nie utrudniał bowiem widzenia przez czas tak długi, jak to sprawia atropin. Że kokain działa na nerw sympatyczny, wnosi K. z rozszerzenia szpary powiekowéj, źrenicy i wystąpienia gałki ocznéj, któreto objawy spostrzega się po zadrażnieniu nerwu współczulnego.

Do sprawozdań obu tych badaczów dodaje Reuss, że chcąc przekonać się, czy kokain będzie można zastósować także w przebiegu jaskry, gdy *mydriatica* są przeciwwskazane, spostrzegł, że pomimo rozszerzenia źrenicy w skutek kokainu rozwija ezeryn swoje działanie energicznie, a wkroplenie kokainu po ezerynie nie zapobiega zwężeniu się źrenicy.

Frerichs: **O cukrzycy**. (Berlin 1884, z 4 tabl.)

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 46).

4) Ostatnia grupa polega na zaburzeniu w czynnościach nerwowych. Wzruszenia umysłowe, gniew, przestrach, nadmierne wysilenia umysłowe, daléj nerwobóle a wreszcie choroby mózgu, jak wstrząśnienie, wywierają przemijający wpływ na wydzielanie cukru. W têj ostatniéj chorobie może wystąpić także polyuryja lub białkomocz. Moczenie cukrowe po obrażeniach czaszki lub rdzenia pacierzowego może wystąpić natychmiast lub dopiero późniéj.

Podczas gdy moczenie cukrowe jest objawem ubocznym, mającym małe stosunkowo znaczenie dla ogólnego stanu ustroju; zwykła cukrówka sprowadza o wiele ważniejsze następstwa jak wychudnienie, upadek sił, zaburzenia ogólne i miejscowe. Mimo tego choroba niekiedy trwa lata całe, zanim rozpoznaną zostanie; bo wejrzenie dyjabetyków jest bardzo rozmaite; już to mają oni cerę zdrową, już też są bladzi, wynędzniali; nie rzadko w powietrzu przez nich wydychaném czuć się daje woń jabłek.

Ilość moczu u dyjabetyków jest zwykle zwiększona od 2—5 a nawet do 14 litrów, a im go więcéj, têm jest bledszy. Osadu najczęściéj nie ma lub jeżeli jest, to się składa z moczanów lub szczawianów. Jeżeli mocz dłużéj stoi, staje się mętnym skutkiem zawartości grzybków fermentacyjnych. Niekiedy zapach moczu jest aromatycznym, oddziaływanie zawsze kwaśne, ciężar gatunkowy prawie zawsze zwiększony od 1025—1040. Ilość cukru waha się między granicami 0·5—8%. Skręca on prawie zawsze płaszczyznę polaryzacyjną w prawo, bardzo rzadko w lewo. Obok cukru gronowego napotykamy bardzo często cukier mięsny (inozyt). Mocznik wydziela się także zwykle w większéj ilości a ta ostatnia okoliczność zawisła od przyjmowania większéj ilości pokarmów z jednéj strony, z drugiéj strony zaś od szybszego rozpadu połączeń azotowych. Kwas moczowy jest zawsze w moczu dyjabetyków zawarty. Kreatynina również znajduje się i to w ilości prawidłowéj lub zwiększonéj. Ze soli nieorganicznych wzmaga się ilość siarkanów i fosforanów odpowiednio do ilości mocznika, chlorków w stosunku do ilości przyjętych pokarmów, również fosforanów ziemnych. Niekiedy już w początku wykazać można białko i to świadczy o cierpieniu komórki czwartéj, w innych przypadkach występuje ono późniéj jako objaw cierpienia nerek. U dzieci poznaje się często chorobę po moczeniu nocném.

Co się tyczy objawów ze strony przewodu pokarmowego, zwykle apetyt i pragnienie są zwiększone, niekiedy wahają się w granicach prawidłowych albo wreszcie apetyt jest większy, pragnienie zaś nie przekracza prawidłowéj granicy lub przeciwnie. Ciecz jamy ustnéj jest zawsze kwaśna, również ślina gruczołu przyusznego, przytém ta ostatnia nie zawiera cukru. Często na podniebieniu jest biała warstwa grzybków lub nawet głębiéj sięgające zapalenie. Dziąsła już we wczesnym okresie ulegają rozpulchnieniu, zęby pruchnieją i wypadają.

Skóra jest chłodna, niekiedy bywają uporczywe poty. W pocie nie znalazł F. nigdy cukru. Do częstych objawów w cukrzycy należy swędzenie skóry. Na częściach rodnych tworzy się bardzo często świerzbiączka, w skórze powstają furunkuły a w poszczególnych przypadkach kończy się sprawa zgorzelą.

W dalszym przebiegu cierpią także płuca, a mianowicie rozwijają się suchoty płucne. Tętno zachowuje się bardzo rozmaicie, w niektórych razach spostrzeżono znaczne bardzo zwolnienie tegoż. Bóle głowy, nerwobóle tyłoglowia, bolesność kręgów karkowych, impotencyja, osłabienie mięśniowe, zboczenia w zakresie wzroku, jak zaćma, zapalenie naczyniówki, zapalenie krwiotoczne siatkówki i zanik nerwu wzrokowego występują często w przebiegu choroby. Ogólna odporność w ustroju zmniejsza się, to téż choroby inne nagabują ustrój łatwiéj i mają przebieg cięższy, aniżeli zwykle, zranienia goją się trudniéj. Przemiana materyi o tyle ulega zmianie, że wodniki węgla przechodzą niezmienione i bez użytku dla ustroju a przy pokarmach mięsnych istoty białkowate nie pokrywają należycie ubytku; ztąd części ustroju zużywają się a produktów ostatecznych oddychania, jakiemi są O i CO_2, coraz więcéj ubywa. Jeżeli dołączy się choroba gorączkowa, ustaje wydzielanie cukru czasowo a w cięższych przypadkach nawet i stale.

Najczęstszemi chorobami następowemi cukrzycy są uwiąd, furunkuloza, świerzbiączka części rodnych, zapalenia błony śluzowéj ust i przełyku, zboczenia w zakresie wzroku, proces miażdżycowy tętnic, choroby płuc, zapalenie nerek, którego przyczyną jest najczęściéj stwardnienie tętnic, wreszcie zapad (*coma*) diabetyków. (Dok. nast.)

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Komisyja sanitarna krakowska odbyła w d. 13 bm. pod przewodnictwem naprzód r. m. Dra Warschauera, a następnie r. m. Dra Domańskiego posiedzenie, na którém po odczytaniu i przyjęciu protokołu z ostatniego zebrania, zaproszono r. m. Dra Kohna jako należącego do sekcyi V Rady miasta, do pracy w komisyi. Fizyk m. Dr. Buszek podał do wiadomości wykaz wniosków dotychczas niezałatwionych, przyczém przyjęto

wniosek r. m. Dra Domańskiego, aby ze względu na dobro publiczne, Komisyja sanitarna w obecnym składzie podjęła się zadań przez dawniejszą komisyję niewykonanych. Delegatem do Komisyi zdrowia cywilno-wojskowéj wybrano r. m. Dra Warschauera. Dr. Paszkowski wniósł, aby ze względu na wybuch cholery w Paryżu i niebezpieczeństwo ztąd dla środkowéj Europy wynikłe, dopominać się we właściwém miejscu o wykonywanie ścisłe dawniejszych uchwał Komisyi sanitarnéj. Wniosek ten dał powód do długiéj i ożywionéj dyskusyi, w któréj brało udział wielu obecnych. R. m. Dr. Domański jako członek byłéj komisyi cholerycznéj zawiązanéj w chwili wybuchu epidemii w południowéj Francyi, podał do wiadomości cały szereg prac dążących do jaknajrychlejszéj asanizacyi Krakowa. Tu między innemi należą: budowa skończona lub w znacznéj części dokonana kanałów w ulicach: Starowiślnéj, Dietlowskiéj, Wielopolu, Pijarskiéj, św. Krzyża, przygotowanie umowy o dostawę maszyn do pneumatycznego czyszczenia dołów kloacznych, próba wywozu przez gminę śmieci i popiołu z miasta, prace koło wodociągów tak znacznie posunięte naprzód zbudowaniem basenu do bezpośrednich pomiarów wydatności zdrojów regulickich i przyjazdem inżynijera Friedericha, wreszcie ściślejsze niż dawniéj przestrzeganie czystości w mieście. Jedynie tylko jak najrychlejsze zbudowanie wodociągu może nam zapewnić trwały porządek w mieście, jakkolwiek nie można bynajmniéj lekceważyć tego, co dotąd dla asanizacyi miasta zrobiono. Ostatecznie postanowiono wniosek Dra Paszkowskiego uważać za dyrektywę na przyszłość. Petycyję mieszkańców Kleparza o założenie apteki na têm przedmieściu oddano do zdania sprawy podkomisyi z Drów Grabowskiego i Zarewicza. Ułożone przez fizyka miejskiego prawidła ochrony osobistéj od cholery przekazano do przejrzenia ze względu na ich ważność w razie epidemii r. m. Drowi Pareńskiemu i Drowi Paszkowskiemu. Na sprawozdawcę do Rady miejskiéj w sprawie zakupna przyrządu desinfekcyjnego dla Krakowa zaproszono r. m. Domańskiego.

Przyjęto wniosek r. m. Dra Jordana w sprawie rewizyi sanitarnéj mieszkań ludzi ubogich w całém mieście. Również przyjęto wniosek r. m. Dra Domańskiego, aby ze względu, iż cholera nieraz za każdym razem têżsame domy szczególniéj nawiedza, przeprowadzić już teraz za pomocą organów Magistratu ścisłą rewizyję sanitarną domów w r. 1873 osobliwie od cholery nagabniętych. Blankiety przeznaczone przez Magistrat do opisu sanitarnego domów, uznano za odpowiednie, zostawiając przyszłości porobienie w nich zmian, doświadczeniem wskazanych. Przyjęto do wiadomości wypadek rozbioru chemicznego win czerwonych, który nie wykazał żadnych przymieszek zdrowiu szkodliwych. Projekt instrukcyi do desinfekcyi przekazano celem zdania sprawy Drom Obalińskiemu i Zarewiczowi. Postanowiono wydrukować zdanie sprawy z czynności Komisyi sanitarnéj i Fizyka miejskiego w ubiegłém trzechleciu, wyznaczając do zredagowania r. m. Dra Domańskiego i Dra Buszka. Przyjęto do wiadomości zdanie sprawy Fizyka miejskiego o chorobach zakaźnych w ostatnich miesiącach, z którego widać, iż szkarlatyna pojawia się obecnie coraz rzadziéj i że ma przebieg wogóle korzystny, tudzież iż szczepienie ospy u dzieci szkolnych odbywa się teraz o wiele energiczniéj niż dawniéj, co w znacznéj części przypisać należy życzliwości dla sprawy ze strony pp. inspektora, dyrektorów i nauczycieli szkół. R. m. Dr. Domański zwraca uwagę Magistratu, iż wiele otworów piwnicznych od strony ulic nie jest należycie zamkniętych, co może dać powód do przypadków nieszczęśliwych. Dr. Obaliński donosząc, iż osoba przed kilkoma dniami przez wóz kolei konnéj przejechana na Kazimierzu, zmarła w szpitalu, zwraca uwagę, iż przypadki przejechania w ogólności trafiają się najczęściéj w têm samém miejscu w ulicy Krakowskiéj na Kazimierzu i domaga się, aby: 1) nie dopuszczano tamowania komunikacyi przez wystawanie całych gromad ludzi na ulicy, 2) nie pozwalano przekupkom siedzieć ze swemi stołami do połowy ulicy, 3) woźnice kolei konnéj tak, jak się to dzieje w miastach pruskich, używali zamiast gwizdków, dzwonków głośnych do ostrzegania publiczności, 4) wozy ciężarowe z Podgórza kierowano ulicą Starowiślną do miasta, 5) nie pozwalano kursować po mieście wozom jednokonnym o jednym dyszlu. Uwagi te uznano za słuszne i przekazano Magistratowi do wykonania. Sprawę zmiany teraźniejszych kart śmierci na odpowiedniejsze, przekazano podkomisyi, wyznaczonéj do zbadania instrukcyi o desinfekcyi. Do zbadania stosunków sanitarnych dwóch domów, chorobami zaraźliwemi bardzo często nawiedzanych, wyznaczono osobną podkomisyję.

* **Cholera**. Od d. 3 bm. zaraza występuje w Paryżu. Zrazu pojawiały się pojedyncze przypadki w rozmaitych dzielnicach i zakończyły się śmiercią w bardzo krótkim czasie. D. 11 bm. zgłoszono 132 przypadków cholery i 107 przypadków śmierci,—postęp więc dosyć znaczny. Od tego dnia, zdaje się że pod wpływem niższéj ciepłoty, maleje cyfra przypadków, tak, że jest niejaka nadzieja, że zaraza nie rozsroży się w stolicy francuskiéj, tak jak w Neapolu. Że państwa sąsiadujące z Francyją, a przedewszystkiém Szwajcaryja, Belgija, Holandyja i Niemcy robią przygotowania na przyjęcie niemiłego gościa, jest rzeczą naturalną; ale należałoby, żeby i w Austryi nieco skrzętniéj zabrano się do dzieła. Namiestnictwo galicyjskie już przed pewnym czasem wystosowało odezwę do lekarzy praktycznych, zapraszając ich do zgłoszenia gotowości swéj na przypadek wybuchu epidemii w kraju naszym. Na odezwę tę nadeszło zaledwie 75 zgłoszeń, a większa połowa zgłaszających się oświadczyła gotowość do pełnienia służby lekarskiéj tylko w miejscu pomieszkania. Namiestnictwo nasze szukając przyczyny takiego ociągania się lekarzy znalazło ją—naszém zdaniem całkiem słusznie—w nieodpowiedniém wynagradzaniu lekarzy, którzy oddając się bezwzględnie na usługi Rządu i porzucając miejsce swego pobytu narażają się na wydatki podwójne, bo na prowadzenie osobnego gospodarstwa dla rodziny i dla siebie, nie mówiąc już o szkodzie, którą ponoszą skutkiem utraty praktyki przez nieobecność dłuższą, szkodzie, która zazwyczaj nie jest chwilową lecz trwałą; i z tego powodu Namiestnictwo przedstawiając Ministerstwu sprawę zaproponowało podwyższenie dyjet dla lekarzy eksponowanych do wysokości 15 a przynajmniéj 12 zła. dziennie, uznając słusznie, że jeżeli przed kilkunastu lub kilkudziesięciu laty wyznaczano 10 zła jako wynagrodzenie dziennie, to ono obecnie już nie wystarcza. Na to przedstawienie Ministerstwo odpowiedziało nie tylko wymijająco, ale co ważniejsza zwróciło uwagę, że według ustawy z d. 30 kwietnia 1870 wykonywanie przepisów sanitarnych i staranie się o pomoc w przypadkach choroby—należy do gmin. Uderzającém jest to szczególne załatwienie sprawy piekącéj. Według tego załatwienia władzom politycznym nie służyłoby prawo delegowania lekarzy w razie wybuchu cholery, prawo, które im służy i wykonywają od dawien dawna w obec innych chorób pospólnych, jak np. w obec dyfteryi, ospy a nawet odry; gminom zaś, i to nie tylko miejskim ale i wiejskim, wypadałoby we własnym zakresie pomyśleć o pomocy lekarskiéj w cholerze! Kto zna gminy nasze wiejskie, ten wie, jakie środki i jakie chęci gminy w téj mierze posiadają! Nic dziwnego, że Namiestnictwo nie może poprzestać na takiéj decyzyi władzy centralnéj i w tym celu zawezwało przedewszystkiém starostwa o opinije, które następnie prześle Ministerstwu. Nie wątpimy, że sprawa wreszcie zostanie wyświecona,—ale czy cholera wstrzyma swój pochód aż do czasu rozstrzygnięcia tego sporu, to inne pytanie!

Statystyka epidemij. W tygodniu od 2—8 listopada umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 23,0. Z ospy umarło 1 (1 z. t.); z odry 1 (0 z. t.); z płonicy 2 (5 z. t); z błonicy 0 (1 z. t.); z krztuśca 0 (1 z. t.); z duru brzusznego 0 (1 z. t.); z duru osutkowego 0 (2 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 6 przypadkach odry (3 z. t.); 6 płonicy, (5 z. t.); 2 krztuśca (0 z. t.); 1 czerwonki (0 z. t.); 1 róży (0 z. t.). W tygodniu od 26 października do 1 listopada umarło z ospy w Londynie 21 osób, świeżo zapadło 104, leczyło się w szpitalach 598. W Genewie, Brukseli, Petersburgu, Warszawie i Odesie umarło z ospy po 1, w Madrycie i Madrasie (od 13—19 września) 2, w Rzymie 3, w Lizbonie (od 14—20 września) 4, w Pradze i Wenecyi po 6. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 1, w Madrycie 3, Z cholery umarło w Kalkucie (od 14—20 września) 15, w Madrasie od 13—19 września) 161, w Bombayu (od 24—30 września) 21.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 26 października do 1 listopada umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 26,0; w Warszawie 29,5; w Poznaniu 27,8; w Wiedniu 21,4; w Budapeszcie 23,4; w Pradze 25,6; w Berlinie 22,2; w Hamburgu 26,0; w Gdańsku 26,3; we Wrocławiu 23,0; w Mnichowie 24,9; w Dreźnie 19,2; w Lipsku 22,7; w Genewie 20,6; w Brukseli 20,9; w Amsterdamie 23,9;

w Hadze 17,0; w Paryżu 22,8; w Londynie 19,5; w Kopenhadze 19,7; w Stokholmie 26,2; w Chrystyjanii 17,2; w Petersburgu 21,6; w Odesie 26,2; w Rzymie 21,9; w Wenecyi 28,9; w Bukareszcie 24,4; w Madrycie 28,5; w Lizbonie 25,5; w Aleksandryi 33,3; w Nowym Yorku 23,6; w Filadelfii 18,4; w Bombayu 29,6; w Madrasie 55,7. *J. B.*

Śmiertelność we Lwowie (liczącym 115.544 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). W tygodniu od 2—8 listopada rb. umarło 68 osób, co odpowiada na rok i 1,000 m. 30·6. W tym czasie zmarło 2 osób z ospy, 7 z płonicy, 1 z błonicy, 1 z dławca, 1 z duru brzusznego, 1 z gorączki połogowéj.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 19 listopada. Na posiedzeniu Akademii Umiejętności, odbytém d. 15 bm., prof. Nencki obrany został członkiem czynnym zagranicznym. Wybór ten wymaga zatwierdzenia cesarskiego.

* Nareszcie sprawa budowy klinik, a przedewszystkiém kliniki chirurgicznéj weszła na tor właściwy. Według wiadomości, nadeszłych z Wiednia, p. Minister Oświecenia umieścił w budżecie na rok 1885 kwotę 35.000 zła. jako pierwszą ratę na budowę kliniki przeznaczoną. Początek pomyślny zrobiony, nie wątpimy, że Rada Państwa pozycyję tę uchwali a tym sposobem spodziewać się musimy, że klinika, zgodnie z wymogami czasu, stanie choć za lat kilka.

* W tym tygodniu odbył się egzamin rządowy, uprawniający do objęcia posady w publicznéj służbie zdrowia, a tym razem zgłosił się zaledwie jeden kandydat. Egzaminowi przewodniczył protomedyk Dr. Biesiadecki, umyślnie w tym celu przybyły.

* W wykonaniu art. 4 konwencyi zawartéj z Niemcami w d. 30 września 1882 r. (Dz. p. p. 120 z r. 1883) w sprawie wzajemnego dozwolenia na pograniczu mieszkającéj służbie zdrowia wykonywania praktyki Ministerstwo spraw wewn. przesłało c. k. Namiestnictwu we Lwowie zestawienie sanitarnych przepisów pruskich, z poleceniem udzielenia go tym lekarzom, chirurgom, weterynarzom i akuszerkom, któryby w Prusiech praktykować chcieli. C. k. Namiestnictwo przesłało zestawienie w mowie będące wszystkim Starostom i Prezydentom miast Lwowa i Krakowa oraz redakcyi Przeglądu Lek. Aktu tego, dosyć obszernego, dla braku miejsca nateraz ogłosić nie możemy, zmuszeni liczyć się przed końcem roku z każdym wierszem, jednak gotowi jesteśmy poinformować kolegów, którychby sprawa ta obchodziła.

* **Wiedeń**. Lekarz pułkowy Dr. Kowalski, znany z prac swoich bakteryjologicznych, udał się na własny koszt do Paryża, celem studyjowania cholery.

* **Lipsk**. W imieniu przyjaciół i uczniów śp. prof. Cohnheima proff. Wagner, His i Ribbeck w Lipsku zwracają się do lekarzy z prośbą o nadesłanie składek na ręce prof. Hisa (Lipsk, Königsstrasse 17) najdaléj do końca rb., a to w celu postawienia na grobie zmarłego patologa godnego jego zasług pomnika. W Krakowie prof. Browicz uproszony jest do zbierania składek.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Marburg.** Dr. Jan Meyer z Dorpatu mianowany został prof. farmakologii w miejsce Böhma, powołanego do Lipska.

* **Mianowania i odznaczenia.** Prof. Scheuthauer mianowany został rzeczywistym członkiem węgierskiéj Rady sanitarnéj. — Dyrektor szpitala na Wiedeniu Dr. Lorinser otrzymał adres od 105 lekarzy, którzy obecnie służą lub dawniéj służyli pod jego przewodnictwem, razem z portretem jego, wykonanym przez jednego z artystów wiedeńskich. — Docent okulistyki i lekarz pułkowy honwedów Dr. Feuer otrzymał krzyż kawalerski orderu Franciszka Józefa w uznaniu zasług na polu publicznéj służby zdrowia. — Docent psychijatryi we Wiedniu Dr. J. Weiss mianowany został prymaryjuszem krajowego zakładu dla obłąkanych w Budapeszcie.

* **Nekrologija.** W jednym z zakładów leczniczych pod Berlinem umarł Dr. Artur Halla, asystent kliniczny w Wydziale lek. niem. w Pradze, syn profesora.

D. 16 bm. umarł w Wiedniu po krótkiéj chorobie, licząc zaledwie lat 50, Dr. Franciszek Chvostek, starszy lekarz sztabowy i profesor nadzw. medycyny. Urodzony w Czechach ukończył nauki lekarskie w Zakładzie Józefińskim we Wiedniu, tamże był asystentem prof. Ducheka a przez rok zastępcą profesora. W dziedzinie medycyny wewnętrznéj napisał liczne rozprawy, a pomiędzy niemi wiele cennych.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 46: Rothego: Podstawy psychijatryi tegoczesnéj; Heringa: Kwas chromny jako środek leczniczy w chorobach nosa, gardzieli i krtani (c. d.); Wroczyńskiego: Notatki lekarskie; — W *Medycynie* Nr. 46: Krokiewicza: O niektórych nowszych lekach, polecanych przeciw chorobom wewnętrznym (c. d.).

Przewodnika gimnastycznego (pod redakcyją Dra Tadeusza Żulińskiego) Nr. 11 z listopada r. b. zawiera: Gimnastyka dla dziewcząt. — Zarys ćwiczeń na skoczni. Budynek Towarzystwa gimnastycznego „Sokoł“ we Lwowie. — Sprawy towarzystw gimnastycznych zagranicznych. — Sprawy gimnastyczne polskie. — Kronika. — Biblijografija.

Redakcyja otrzymała:

Dr. GLUZIŃSKI i Doc. Dr. JAWORSKI: Badania doświadczalne nad trawieniem białka w żołądku ludzkim w stanie fizyjol. i patol. (Odbicie z „Gazety Lek. 1884) in 8vo str. 5.

Dr. Stan. FIJAŁKOWSKI (w Dynaburgu): Obustronny jamisty żylny naczyniak pozagałkowy. (Odbicie z książki pamiątkowéj ofiarowanéj prof Szokalskiemu) in 8vo str. 3.

Protokóły posiedzeń Tow. lekarzy lubelskich za r. 1882/3, Lublin 1884, in 8vo str. 50.

Piśmiennictwo lekarskie. LEWIN L. Die Arzneimittel und ihre Dosirung. 8. Berlin. Grosser. M. —. 75.

BERNATZIK und VOGEL. Lehrbuch der Arzneimittellehre. M. Berücks. der österr. u. deutschen Pharmacopoe. 1 Hälfte. gr. 8. Wien, Urban et Schw. M. 6.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 26 listopada o godzinie szóstéj popoł. w Sali Akademii Umiejętn. posiedzenie zwyczajne, na którém 1) odbędzie się w dalszym ciągu dyskusyja nad wskazaniami do laparotomii w niedrożności jelit; 2) kol. Obaliński okaże kilkanaście nowszych narzędzi do leczenia chorób dróg moczowych, oraz kilka kamieni przez siebie skruszonych lub z pęcherza wyciętych; 3) kol. Kohn mówić będzie: Z kazuistyki ginekologicznéj: I. *Vagina septa infra simplex. Operatio.*

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Zarząd Biblijoteki uczniów Wydziału lekarskiego w Uniwersytecie Jagiellońskim wzywa wszystkich tych P. T. PP. Lekarzy, którzy jako członkowie tegoż Towarzystwa korzystali z Biblijoteki a dotychczas nie oddali książek wypożyczonych lub należnych wkładek nie uiścili, aby do dnia 30 Listopada 1884 r. należności zwrócili. — W razie zagubienia książki należy za takową po cenie księgarskiéj zapłacić (według statutu §. 15). Jeżeli to wezwanie nie odniesie skutku, Zarząd Biblijoteki bezzwłocznie dnia 1go Grudnia 1884 r. stósownie do statutu Towarzystwa będzie zmuszony dochodzić pretensyj Biblijoteki drogą sądową.

W Krakowie dnia 6go Listopada 1884.

Z ZARZĄDU BIBLIJOTEKI

Tadeusz Jakubowski biblijotekarz. *Edward Mukowicz* zastępca bibl.

Z zapomogi Kasy pomocy dla osób pracujących na polu naukowém wydane zostały następujące dzieła, których skład główny w księgarni E. Wende i Sp. (Warszawa Krakowskie przedmieście Nr. 9).

T. H. Huxley, Wykład biologii praktycznéj. Przekład A. Wrześniowskiego 1883. Cena rs. 1.

Sprawozdania z piśmiennictwa naukowego polskiego w dziedzinie nauk matematycznych i przyrodniczych. Rok I. Cena rs. 1.

Wiadomości początkowe z botaniki napisał Dr. K. Filipowicz. Cena 1 rs.

Dr. F. V. Birch-Hirschfeld, Wykład anatomii patologicznéj. Część ogólna. Przełożył Dr. W. Mayzel. Cena rs. 2.

Na rzecz Kasy sprzedaje się:

Boberski W. Powstawanie gór i lądów. Cena 25 kop.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 29 listopada 1884. № 48. Rok XXIII.

I. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

Gorzykwiat wiosenny i konwalija majowa jako leki zastępujące naparstnicę.

(Według wykładu na posiedzeniu Tow. lek. krak. w dniu 15 października 1884).

Podał Dr. Wł. Antoni Gluziński.
I asystent kliniki lek.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 47).

III. A. S. l. 28 nożownik. Zawsze słabowity, przed 6 laty przebył ostry gościec stawowy, od tego czasu bicie serca szczególniéj podczas pracy. Rok temu dla duszności i opuchliny odnóg dolnych leżał w szpitalu, po kilku tygodniach przypady te ustąpiły, a powrót takowych skłoniły chorego do udania się do kliniki, gdzie 3. III b. r. został przyjęty.

W chwili przyjęcia **stan chorego** następujący: Odżywienie mierne. Skóra blada, żółtawo zabarwiona. Na białkówkach ślad żółtaczki. Policzki i wargi sine. Żyły szyjne, szczególnie prawa, mocno rozszerzone. Duszność znaczna, w płucach szczególnie w dole objawy zastoju. Okolica serca nieco wyniosła. W 5 i 6 przestworze międzyżebrowym na zewnątrz od sutka jak również w 4 i 3 widać skurczowe uderzenie końca serca, odbywające się w ten sposób, że na jedno uderzenie tętna przypada cały szereg ruchów falistych serca. Ręką można odróżnić pojedyńcze wstrząśnienia odpowiadające tym ruchom falistym najwyraźniéj w 5 przestworze międzyżebrowym na zewnątrz od linii sutkowéj lewéj i stwierdzić również arytmię bardzo znaczną. Stłumienie serca rozpoczyna się na dolnym brzegu 3 żebra ku stronie lewéj, sięga równo z uderzeniem końcowém, t. j. dwa palce poza linię sutkową lewą — na prawo przekracza na 1 cm. linię przymostkową prawą, ku dołowi schodzi się ze stłumieniem wątroby. Ruchomość serca utrzymana. Przysłuch stwierdza znacznego stopnia arytmię, a nad komórką lewą tak skurczowy jak i rozkurczowy szmer, które bez ściśléj granicy w siebie przechodzą; nad tętnicami dwa tony, z tych 2gi nad tętnicą płucną zaostrzony. Tętno arytmiczne nadto z tym charakterem, że nie każdemu uderzeniu serca odpowiada tętno tak, że w ¼ minuty skurczów serca jest 15 a uderzeń tętna 11. Wątroba znacznie powiększona, o brzegu twardym, bolesnym; podobnie zachowuje się i śledziona. W jamie brzusznéj mierna ilość wolnego płynu. Mocz w ilości skąpéj (500 cm), wysycony, zawiera ślad białka. Na dolnych odnogach lekka opuchlina.

Rozpoznanie: *Insuf. valv. mitr. et stenosis ostii ven. sin. in stadio incomp. Myocarditis fibrosa.*

Od 3/III—6/III podano choremu *inf. fol. dig. 1:200*, wpływ bardzo mały. Ilość moczu prawie niezmieniona, przypady ze strony narządu oddechowego i krążenia te same, a opuchlina na nogach nawet się zwiększyła, wyrazem czego było podwyższenie ciężaru ciała prawie o 1 klgr.

Zastosowano więc u chorego w d. 6/III *inf. adon. vern. 8:200.*, które z małemi tylko przerwami brał do 18/III tak, że w tym czasie wyżył 10 dawek czyli napar z 80 gramów gorzykwiatu. Skutek doskonały. W d. 12/III, a więc po 7 dawkach, można już było zanować: Chory znacznie swobodniejszy, policzki i bł. śluzowa warg mniéj sine. Oddech wolniejszy. Nieżyt w płucach prawie ustąpił. Faliste wstrząśnienia serca utrzymują się tylko w 4 i 5 przestworze, w 6 już ich niema; w dołku podsercowym uderzenia nie widać. Arytmija o wiele mniejsza, a uderzenia pojedyńcze serca zgadzają się prawie z liczbą tętna tak, że ledwie na kilkanaście uderzeń serca znajduje się uderzenie, któremu nie odpowiada uderzenie tętna (na ¼ minuty przypada 14 uderzeń serca a 13 tętna). Rozmiary serca od strony prawéj zmniejszone, przysłuch wykazuje wyraźniejsze 2 szmery nad komórką lewą a 2gi ton nad tętn. płucną jeszcze silniéj zaostrzony. W jamie brzusznéj zaledwie ślad płynu. Wątroba niebolesna, o rozmiarach mniejszych jak pierwotnie; podobnie zachowuje się i śledziona. Ilość moczu znacznie się powiększyła, bo wynosi 2100 cm. — ślad białka ustąpił. Na odnogach dolnych

opuchlina prawie znikła. Ciężar ciała w związku z tym stanem (pomniejszenie wątroby, śledziony, opuchliny odnóg i jamy brzusznéj) opadła o 6 klgrm.

Skutek gorzykwiatu był więc dodatni; że to on tak działał, najlepszy dowód w tém, iż w początkach gdy przerwano przez jeden dzień podawanie leku, jak to widzieć można z tabliczki niżéj załączonéj, pomniejszyła się zaraz ilość moczu. Po 10 dawkach kompensacyja się utrwaliła, przebyta odra takowéj nie zaburzyła, a leczenie następowe wzmacniające podniosło odżywienie pacyjenta tak, że opuszczając zakład mimo momentów wyżéj wymienionych (ustąpienie opuchliny jamy brzusznéj i odnóg) wykazywał przybytek na wadze 2 klgrm.

Dzień	Ilość moczu	C. gat.	L. uderzeń serca	L. uderzeń tętna	Waga ciała	LECZENIE
3 Marc.	500	1·030	60	50	56·60	Inf. fol. dig. 0·75 : 180
4	650	„	60	50	—	„
5	500	„	80	60	—	„
6	700	1·028	80	60	57·50	Inf. adon ver. 8 : 200
7	850	1·024	80	66	—	2ga dawka
8	1225	1·021	78	66	—	3cia „
9	1350	„	72	68	—	4ta „
10	2100	1·018	74	66	—	bez leku
11	1750	1·018	70	62	51·50	5ta dawka
12	1750	1·021	76	72	—	6ta „
13	?	?	76	70	—	7dma „
14	1200	1·025	76	72	—	8ma „
15	1600	?	84	75	—	bez leku
16	1350	1·021	80	74	—	9ta dawka
17	2000	1·016	—	—	52·50	bez leku
18	1500	1·021	80	72	—	10ta dawka
19	2100	1·021	—	—	—	—
20	2000	„	80	74	—	—
21	1750	„	80	74	—	—
22	1800	„	70	70	—	odra, stan gorączkowy, leczenie obojętne
23	1700	„	80	74	—	
24	1300	1·028	—	—	—	
25	1000	„	80	72	—	
26	?	1·025	78	72	—	—
27	1200	„	80	72	—	—
28	1300	1·021	—	—	—	—
29	1300	„	80	74	—	—
30	1500	1·018	80	72	53·50	opuszcza klinikę

IV. S. K. lat 60 z Kobierzyna. Dotychczas zdrów, od roku duszność; przed kilku miesiącami spostrzegł obrzmienie odnóg dolnych, w maju b. r. miał odkrztuszać krew. Przyjęty do kliniki d. 27/XI 83 r.

Budowa dobra, skóra barwy ziemistéj. Na policzkach, wargach i języku sinica bardzo znaczna; żyły szyjne mocno wypełnione. Duszność tak silna, że chory ciągle siedzieć musi. Oddechy odbywają się przy pomocy wszystkich mięśni dodatkowych. Badanie płuc wykazuje miernego stopnia rozedmę i obustronną puchlinę piersiową *(hydrothorax)* sięgającą do połowy łopatek. Uderzenie serca nie widoczne, ledwo wyczuwalne w 5 przestworze międzyżebrowym na wewnątrz linii sutkowéj lewéj. Wypuk w okolicy serca stwierdza stłumienie kształtu trójkąta, którego wierzchołek przypada na 3cie żebro, podstawa zaś biegnąca wzdłuż 6 żebra przekracza ku stronie lewéj linię sutkową na 2 cm., ku prawéj przechodzi nieco poza linię przymostkową prawą. Nad komórką lewą skurczowy szmer, rozkurczowy głuchy ton, nad prawą również 1szy słaby szmer, który się utrzymuje nawet gdy się oddalamy słuchawką ku stronie prawéj; nad tętnicami tony czyste. Tętnice obwodowe pokręcone, twarde; — tętno słabe, ledwo wyczuć się dające, częste, niemiarowe. Brzuch mocno wzdęty przez znaczną ilość nagromadzonego wolnego płynu. Wątroba powiększona przy ucisku bolesna; śledziona również. Mocz w ilości 400 cm. wysycony zawiera ślad białka. Powłoki skórne silnie obrzękłe.

Mieliśmy więc do czynienia z wadą serca lewego w wysokim stopniu inkompensowaną, rozpoznanie brzmiało: *Insuff. valv. mitr. in stad. compl. incompen. (insuf. relativa valv. tricusp., hydroth., hydropericard., ascites, anasarca, hyperaemia passiva pulm., hepatis, lienis et renum). Atheroma arteriarum.*

Obok lżejszych środków podniecających podano choremu *inf. fol. digit.* 1:200 w d. 28 i 29 Listopada. Ilość moczu się podniosła, tętno co do liczby obniżyło się i zyskało na napięciu, duszność jednak, która choremu najwięcéj dokuczała, trwała daléj. Ponieważ jednodniowa przerwa w podawaniu naparstnicy odbiła się odrazu zmniejszeniem się ilości moczu, zastosowano więc w d. 1/XII *inf. conval. maj.* 5:200. Lek ten z przerwą trzechdniową, w któréj podawano *Extr. scillae*, brał chory aż do d. 19/XII a więc wyżył 16 dawek. Wynik, który najlepiéj uwidocznia załączona tabliczka, można powiedzieć, że przeszedł oczekiwanie. Kompensacya w znacznéj części została przywróconą, stan bowiem chorego przy wyjściu z kliniki był następujący: Podmiotowo czuje się bardzo dobrze, duszności nie doznaje, sen jest spokojny, łaknienie prawidłowe. Opuchlina twarzy, worka sercowego, jam opłucnowych ustąpiła zupełnie — w jamie brzusznéj i na odnogach dolnych zalewie ślad takowéj; skutkiem tego ciężar ciała spadł o 24 klgrm. Uderzenie serca widoczne, spokojne — szmer skurczowy nad komórką prawą ustąpił miejsca tonowi (niema już względnéj niedomykalności zastawki trójkończystéj) a 2gi ton nad tęt. płucną silnie zaostrzony. Tętno co do liczby prawidłowe, dobrze napięte. Sinica na twarzy, jak również wypełnienie żył szyjnych prawie niewidoczne. Ilość moczu, chociaż przez ostatnie dni pobytu chorego w zakładzie leczenie było obojętne, utrzymywała się stale w ilości 1500—2000 cm. a mocz okazywał skład prawidłowy.

Dzień	Ilość moczu w cm.	Ciężar gat.	Liczba tętna rano	Liczba tętna wieczór	Ciężar ciała w kilogrm.	Objętość brzucha przez pępek	LECZENIE
27 List.	—	—	—	120	81	109ctm.	
28	400	1·045	80	84	—	—	Inf. digit. 1:200
29	650	1·028	64	72		—	„
30	1500	1·014	72	80	80·50	—	bez leku
1 Grud.	1200	1·018	72	68	—	109	Conval. maj. 5:200
2	2100	1·014	72	68	77·70	—	2ga dawka
3	3700	1·011	80	88	—	104	3cia „ lekki stan go-
4	1750	1·014	80	84	74	—	4ta „ rączk. wsku-
5	1650	1·014	80	84	—	104	5ta „ tek ograni
6	2000	1·009	80	88	71	—	6ta „ czonego za-
7	1450	1·014	80	72	—	103	7ma „ pal. płuca pr.
8	1850	1·014	70	84	69·50	—	8ma „
9	1450	1·014	78	88	—	100	9ta „
10	1850	„	82	80	68·50	—	bez leku
11	1250	1·014	76	84	—	98	Ext. Scillae 0·30 : 200
12	2250	1·012	82	88	67	—	„
13	2000	1·014	89	78	—	97	Con. maj. 5:200 (10ta daw.)
14	2100	1·018	84	80	—	—	11ta dawka
15	2425	1·014	74	76	64	96	12ta „
16	2750	1·011	66	72	—	—	13ta „
17	1350 ?	1·020	64	66	62·30	—	14ta „
18	2100	1·020	72	72	—	95	15ta „
19	2900	1·014	70	74	60	—	16ta „
20	3050	1·016	84	84	—	95	lek oboj.
21	2100	„	68	70	57·20	—	„
22	1800	1·021	68	76	—	91	„
23	2350	1·020	80	76	56·40	—	„
24	1400	1·023	74	78	—	89	„
25	1600	„	72	76	57	—	„
26	1750	„	74	80	—	86	„

V. M. S. lat 40. Nie przypomina sobie, żeby kiedy

chorowała, dopiero w kwietniu 1883 spostrzegła opuchlinę na odnogach dolnych, w kilka miesięcy potém przyłączyło się bicie serca. Przyjęta do kliniki 30 października 1883 r.

Stan obecny: Powłoki blade, w całości obrzękłe. Sinicy nie ma. Oddechy swobodne. Obustronna opuchlina piersiowa (*hydrothorax*). W dole z tyłu objawy nieżytu. Uderzenie serca rozlane, najwyraźniejsze w 5 przestworze międzyżebrowym na zewnątrz od sutka. Stłumienie rozpoczyna się na 4tém żebrze, ku dołowi schodzi się ze stłumieniem wątroby, na prawo sięga do linii środkowéj ciała, na lewo przekracza 2 cm. po za liniję sutkową lewą. Przysłuch wykazuje nad komórką lewą w miejsce 1go tonu długi szmer zajmujący przedskurcz i skurcz, nad tętnicą główną 1szy ton silniéj zaznaczony, 2gi nad tętnicą płucną również wzmocniony. Przy podstawie serca tarcie osierdziowe. Tętnice obwodowe pokręcone; tętno 72 dość napięte. W jamie brzusznéj wolny płyn. Wątroba i śledziona znacznie powiększone. Ilość moczu 1000 cm. c. g. 1·021, mocz mętny oddziaływania kwaśnego, zawiera znaczną ilość białka, a w osadzie wałeczki ziarniste bądź w całości zachowane bądź rozpadłe, komórki przybłonka brukowego i nieliczne ciałka wypocinowe.

Rozpoznanie brzmiało: *Sclerosis arteriarum. Nephritis parenchym. chron. subq. peri- et endocarditide chronica (sub forma insuf. valv. mitr.) Hydrothorax, Hydropericardium, Ascites et Anasarca.* Przebieg dalszy, wynik leczenia polegającego na podawaniu kolejno gorzykwiatu (*adonis vernalis*), konwalii majowéj (*convalaria maj.*), wyciągu cebuli morskiéj (*extr. scillae*), naparstnicy (*digitalis purp.*) przedstawia najlepiéj załączona tabliczka.

Dzień	Ilość moczu w cm.	C. gat.	Licz. tęt. rano	Licz. tęt. wieczór	Ciężar ciała w klgrm.	Leczenie
30 Paź.	—	—	72	68	57 90	Inf. adon. ver. 4:200
31 „	1000	1·021	64	64	—	2ga dawka
1 List.	1200	„	60	68	57·60	3cia „
2 „	1400	„	56	56	56·80	4ta „
3 „	1000(?)	„	64	76	56·30	bez leku
4 „	900	„	76	76	55·50	—
5 „	900	„	66	72	55·20	Inf. adon. ver. 5 200
6 „	1350	„	56	60	54·60	„
7 „	1250	„	56	60	54	bez leku
8 „	1100	„	66	60	54·50	—
9 „	900	„	64	68	54·70	—
10 „	1000	„	72	72	55	—
11 „	1050	„	80	76	55	Inf. flor. Conval. maj.
12 „	900	„	60	76	55·10	„
13 „	1400	„	60	60	54·20	„
14 „	1600	„	56	72	—	bez leku
15 „	1250	„	60	64	52 90	—
16 „	1100	„	64	64	52·20	—
17 „	1150	„	72	72	51·70	Extr. scillae 0·30:200
18 „	1300	„	60	60	51·50	„
19 „	1550	„	60	76	51·90	Inf. fol. digit. 1:200
20 „	1150	„	80	72	52	„
21 „	1100	1·014	60	60	52	„
22 „	1400	1 014	68	64	51·50	—

Z tabliczki téj widzimy, że podany gorzykwiat (4:200) od 31 października do 3 listopada podniósł ilość moczu do 1400 cm., obniżył liczbę tętna z 72 na 50 i wzmocnił jego napięcie. W d. 3—5 listopada niepodawanie leku odbiło się odrazu opadnięciem ilości moczu na 900 cm. i powiększeniem się liczby tętna do 76 na minutę. Powtórzone dawki w d. 5—6 listopada (5:200) wywarły znów wpływ skuteczny. Podobne działanie zachowały leki w dalszym ciągu podawane: *Convalia maj., Extr. scill., Digit.* z tą uwagą, że najdzielniéj na układ naczyniowy wpływał gorzykwiat. Wśród tego leczenia ogólny stan choréj znacznie się poprawił, a opuchlina tak powłok jak i jam surowiczych zmniejszyła się, dowodem tego ubytek ciężaru ciała przeszło 6 kgrm. wynoszący. Apetyt większy, siły lepsze, a skóra nabrała żywszéj barwy. Stan nerek pozostał niezmieniony, skrzepił się tylko mięsień sercowy.

VI. S. W. lat 16. Zawsze chorowita, od dłuższego czasu cierpi na bicie serca i opuchlinę, często pluje krwią. — Przyjęta d. 5 lipca 1883, przedstawia stan następujący:

Twarz obrzękła, wargi sine, żyły szyjne rozdęte, zewnętrzne widocznie tętnią. Ruchy oddechowe miernie przyspieszone. Badanie płuc wykazuje kilka ognisk o odgłosie wypukowym stłumionym, pokrytych drobnemi rzężeniami (miejsca zawałów krwawych). W okolicy serca uderzenie rozlane, nad końcem skurczowy koci mruk. Stłumienie serca na ogromnéj przestrzeni, bo ciągnące się od 2 do 6 żebra, ku stronie prawéj do linii przymostkowéj prawéj, na lewo do linii sutkowéj lewéj. Przysłuch stwierdzał nad komórką lewą skurczowy i rozkurczowy szmer, nad tętnicami obok udzielonych szmerów dwa tony głuche, nad tętnicą płucną rytm cwałowy (*Galopprhythmus*); nad komórką prawą skurczowy szmer krótszy niż nad lewą. Tętno 96 słabe. Brzuch wzdęty przez nagromadzony wolny płyn. Wątroba macalna, tętni; śledziona również powiększona. Odnogi dolne chłodne, sine i obrzękłe. Moczu ilość bardzo skąpa, mocno wysycony, nieprawidłowych składników nie zawiera.

Rozpoznanie: *Insuff. valv. mitr. et stenosis ostii ven. sinist. in stad. incomp. (insuf. relativa valv. tricusp., dilatatio cordis praecipue dextri, hydrothorax min. gradus, ascites, anasarca). Infarct. pulm.*

Obserwacyja dalsza jest dla nas o tyle ważną, że podane 3 dawki *inf. fol. digit.* (1:200) pozostały bez najmniejszego wpływu tak na tętno, ilość moczu, jak i na cały stan choréj. Zastósowane natomiast w dalszym ciągu kolejno *inf. adonis ver.* 4:150 (3 dawki) i *inf. flor. conval. maj.* 6:200 (5 dawek) zwiększyły ilość moczu, obniżyły liczbę tętna i podniosły jego napięcie. Opuchlina poczęła ustępować, dowodem tego obniżenie ciężaru ciała o 5 kgm. Komórka prawa serca zjędrniała (sinica mniejsza, żyła szyjna zewnętrzna prawa i wątroba nie tętnią, stłumienie ku stronie prawéj sięga tylko 1 cm. po za liniję środkową ciała, szmer skurczowy nad komórką prawą ustąpił, a 2gi ton nad tętnicą płucną zaostrzony). Chora w znacznie lepszym stanie opuściła klinikę d. 17 lipca 1883 r.

Dzień	Ilość moczu w cm.	C. gat. w cm.	Liczba tętna rano	Liczba tętna wieczór	Ciężar ciała w klgr.	Objętość brzucha przez pępek	Leczenie
5 Lip.	—	—	104	106	308	85	Inf. fol. dig. 1:200
6 „	250	1·028	102	106	—	—	„
7 „	150	1·028	100	102	—	—	„
8 „	150	„	100	104	—	—	Inf. adonis ver. 4:150
9 „	450	1·021	102	90	37·30	84	„
10 „	800	1·014	90	96	36·15	—	„
11 „	1450	„	90	84	35	81½	„
12 „	?	„	72	80	35 40	—	Inf. flor. Conval. maj.
13 „	700	1·021	78	90	35·20	—	„ 6:200
14 „	1000	„	72	80	34·15	—	„
15 „	?	„	?	?	34·15	—	„
16 „	600	„	96	96	33·65	—	„
17 „	1350	1·018	—	—	32·70	—	—

(Dokończenie nastąpi).

II. O schyzomycetach w ropie.

Podał Dr. Med. J. Ziemacki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 47).

W całéj pierwszéj grupie widzimy, że sprawy zapalne

były zlokalizowane w rozmaitych narządach. Też same schyzomycety spotykamy w przypadku pierwszym, w którym wzięliśmy ropę z wysięku w jamie kolanowéj jak i w przypadku drugim i piątym z ropnia w gruczołach piersiowych, w trzecim i szóstym w ropie wytworzonéj przez flegmonę na odnodze górnéj, w przypadku czwartym i siódmym w ropie powstałéj prawdopodobnie ze zropienia gruczołów i naczyń limfatycznych *(paradenitis et paralymphangioitis)*. Oprócz tego w przypadku piątym wystąpiły jako zjawiska wikłające *pleuritis, pericarditis, peritonitis*, które, rzecz oczywista, w ścisłym są związku z ropniami powstałemi w piersiach. Mieliśmy więc do czynienia ze sprawami zapalnemi rozmaitych organów. Znaleźliśmy w tych wszystkich przypadkach jednakowe schyzomycety. Widzimy więc, że w danych razach rodzaj organu pozostał bez wpływu na rodzaj schyzomycetu. Zapalenia omówione w téj grupie, pomimo tego, że dotyczyły tak różnorodnych organów, były identyczne pod względem schyzomycetów. Z punktu widzenia teoryi pasorzytniczéj jednakowe schyzomycety wywołują jednakowe sprawy chorobowe. Przyjmując tę zasadę można powiedzieć, że zapalenia omówione w téj grupie przedstawiają zapalenie jednostajne i samoistne. Pomimo więc tego, że w nomenklaturze klinicznéj cierpienia te znajdujemy rozrzucone w różnych grupach, ze względu na wspólną przyczynę musimy uznać je za zapalenie jednostajne. A więc, jakkolwiekbądź *phlegmone* nie jest podobna do *endometritis*, musimy w tym razie powiedzieć, że istota tych spraw chorobowych jest jedną.

Jakoż istotnie oprócz téj wspólnéj okoliczności znajdujemy w tych 7 przypadkach jeszcze jedną wspólną im wszystkim rzecz. Widzimy, że te wszystkie zapalenia powstały na tle róży; np. w przypadku V wystąpiła róża jako następcza komplikacyja, w większéj zaś części, bo w przypadkach II, III i VII, róża była powodem zapalenia. Widzimy więc, że niemal we wszystkich (z wyjątkiem tylko pierwszego) przypadkach sprawa zapalna pozostawała w tym lub innym związku z różą. Zapalenia opisane poniżéj w innych grupach nie mają ani jednego przypadku, w którym zachodziłaby jakakolwiek styczność z różą. W pierwszéj grupie znalazłem mikrokoki paciorkowate, charakterystycznie ułożone. Mikrokoków podobnych w innych grupach nie znajdowałem. Rzecz prawdopodobna, że mikrokoki stoją w pewnym związku z różą. Udowodnić stosunek przyczynowy jednych do drugich możnaby było tylko za pomocą sztucznéj hodowli i zaszczepienia, jak to uczynił Fehleisen. Co się mnie tyczy to pozbawiony byłem możności wykonania tych doświadczeń. Fehleisen, a przed nim wielu innych, jakoto Orth i Tillmanns, opisali mikrokoki w róży. Wspominają wszyscy o tém, że w pewnych okresach, a szczególniéj w hodowlach sztucznych tego grzybka, spotykano formę prątkowatą obok formy kokowéj w kształcie *zoogloea*. Wyżéj wymieniam powody, które mi przeszkodziły odszukać formy laseczkowatéj. Na zasadzie paru spostrzeżeń uczyniłem jednak teoretyczne przypuszczenie o tém, że w pewnym okresie nici schyzomycetowe i tu składały się nie z mikrokoków lecz z prątków. Domyślam się przeto, że schyzomycety znalezione przezemnie w ropie w zapaleniach téj pierwszéj grupy są identyczne ze schyzomycetami róży, opisanemi poprzednio przez wielu innych. Przedstawiają one pewien okres, pewien stan rozwojowy, *bacillus erysipelatidis*, a jak się zdaje przedstawiają okres po sformowaniu się zarodników (okres zarodnikowy, *stadium sporarum)*. A wzgląd, że nie spotkałem ani jednego prątka, bynajmniéj temu nie przeczy. Nie taję, że przypadek *pyaemia post endometriditem* wcale u chorego nie nastręcza faktów, które pozwoliłyby nam uznać sprawę zapalną w tym przypadku za identyczną ze sprawą zapalną w róży. Jakkolwiekbądź istotnie w razie tym nie istniało różowate zapalenie zewnętrznéj skóry i jakkolwiek nie było zewnętrznych objawów róży, to jednak nie rozumiem, dla czegoby można było wprost tę możność odrzucić. *Erysipelas*, pospolita choroba. Jéj zarodki są wszędzie rozpowszechnione. Być więc bardzo może, że zapalenie wewnątrzmaciczne co do istoty przyczynowéj było identyczne z zapaleniem w róży. Tylko objawy w danym razie muszą być i były inne, z powodu anatomicznych okoliczności. Zewnętrzna bowiem powłoka zbyt jest oddalona od ognisk choroby, aby na niéj mogło wystąpić chrakterystyczne zabarwienie. Gdyby nie to, może i w razie danym mielibyśmy różę na zewnętrznéj powłoce. Jedném słowem, jeżeli przypadek pierwszy wcale nie popiera mojego założenia, to mu bynajmniéj nie przeczy, gdy weźmiemy pod uwagę to objaśnienie.

Grupa druga.

8. *Panaritium pollicis dextri.* Praczka. Zachorowała 27 maja. Zapalenie nie bardzo silne. Obrzmienie i zaczerwienienie nie zbyt rozległe. D. 30 maja zrobiłem parę niegłębokich nacięć. Niewiele ropy. D. 3 czerwca przyszła z zupełnie zagojonym palcem. Ropę zbadałem natychmiast po nacięciu.

9. *Panaritium indicis sinistri.* N. D. 5 czerwca zachorowała. Na ostatnim członku palcowym zebrało się pod naskórkiem wiele ropy. Rozcięcie wykonane przezemnie wykazało zapalenie w tkance łącznéj głębszych warstw skóry. Zrysowałem z preparatu schyzomycety za pomocą *camera lucida* przy powiększeniu około 700 razy *(Hartnack, Immers.* 9.) i rysunek przedstawiam poniżéj.

10. *Mastitis sin. (in puerperio).* A. K. W końcu maja poród. W początkach czerwca ból i zapalenie w piersi lewéj. 1 lipca 1884 przyjęto do szpitala. Silne obrzmienie. Czerwoność nie zbyt wielka. Chełbotanie w kilku miejscach. Zrobiłem d. 1 lipca głębokie nacięcia. Ropy nie zbyt wiele. W 3 godziny po operacyi zbadałem ropę.

11. *Osteomyelitis acutissima multiplex.* N. A. 5 maja zachorowała. *Osteomyelitis femoris dext., humeri sin. et periostitis purulenta.* T. 40°,7 Proces rozwijał się bardzo szybko. W sąsiednich stawach wystąpiły ropne wysięki: *Synovitides purulentae coxae et genu d., humeri et cubiti sin.* Szybki upadek sił. D. 13 przyjęto do szpitala: *Sopor. Pleuritis duplex.* Nazajutrz rano śmieć. Ropa była w szpiku i w szczególnie ogromnéj ilości pod okostną i w stawach.

12. *Osteomyelitis et periostitis femor. d. acutae.* O.O. Chora od 3 lat. Przed 2ma laty była w szpitalu z powodu téj saméj nogi. Było już lepiéj. Od niedawna noga zbrzękła. Silne zapalenie, 9 kwietnia wykonano osteotomię. Ropnie w szpiku a jeden wielki pod okostną. Wyzdrowienie.

13. *Osteomyelitis acutissima multiplex.* P. M. 13 kwietnia zapadła na ból w nodze prawéj (*femor. dex.*) D. 16go przyjęto do szpitala. T. 40·7°. Ogólne osłabienie. 18 kwietnia pierwsza osteotomija. 21 druga osteotomija. Dużo ropy. Stan polepszył się, siły podniosły się. Znaczna część kości udowéj zmartwiała. 16 lipca *resectio coxae.* W lipcu wyjęto wiele sekwestrów. Od téj pory stan choréj zaczął się prędko poprawiać. Badano ropę dwa razy po pierwszéj i po drugiéj osteotomii.

Na grupę drugą złożyło się sześć przypadków. Trzy jednak przypadki *osteomyelitis,* które tu zaliczone zostały, mogą stanowić osobną grupę. Chassaignac, Lücke, Hueter, Billroth i wielu innych uznali cierpienie to za samoistną chorobę. Przyznano jéj nawet zaraźliwość. Pojęcie o samodzielności *osteomyelitis* jest głęboko wkorzenione w nauce tegoczesnéj i ja je całkowicie podzielam. Jeżeli zaś pozwoliłem sobie umieścić je obok *panaritium* i *mastitis,* to uważam za stósowne wytłumaczyć się z tego. Umieszczając *osteomyelitis* w grupie drugiéj nie miałem bynajmniéj intencyi zaprzeczenia samodzielności téj postaci. Z tego punktu widzenia musiałbym utworzyć grupę osobną dla 3 tylko przypadków. Tego jednak nie uczyniłem dla tego, że morfologiczny układ i kształt schyzomycetów w moich przypadkach *osteomyelitis* był bardzo podobnym do schyzomycetów znalezionych w przypadkach 8, 9 i 10, któreto przypadki umieszczone są w téj grupie. Wprawdzie miałbym poniekąd prawo oddzielenia *osteomyelitis* z tego powodu, że jakkolwiek mikrokoki *osteomyelitis* są bardzo podobne, nie wydają mi się identycznemi z mikrokokami widzianemi w pierwszych trzech przypadkach z téj grupy. Ale to doprowadziłoby do znacznego rozdrobnienia. Łączę je przeto w jednę grupę. Późniejsze badania pozwolą mi, być może, stanowczo rozdzielić te cierpienia.

Schyzomycety znalezione w ropie z téj grupy mają wspólne cechy, które je wyraźnie odróżniają od schyzomycetów opisanych w grupie pierwszéj. Tu jak i tam spotykałem wyłącznie mikrokoki. Wielkość tych mikrokoków równała się średnio wielkości tamtych. Także pod względem formy mikrokoki wcale się nie różniły od tamtych; sąto kuleczki i punkciki prawidłowo kuliste. Tam i tutaj pojedyńczych mikrokoków nie spotyka się prawie zupełnie [1]). Tutaj również występowały one jedynie w formie kolonij. Kolonije te przedstawiały się po części w kształcie sznureczków. Sznureczki te jednak nie były tak długie jak w grupie pierwszéj. Liczba koków w jednym sznureczku nie przechodziła nigdy liczby 8. Odrazu jednak uderzała rażąca różnica formy sznureczka. Tam sznureczek giął i wił się, tutaj nie spotykaliśmy tego nigdy. Zarodniki przedstawiały się zawsze jako uszeregowane w matematycznie prostéj linii. Jeżeli zaś zdarzały się załamania, to te były tylko pod kątem prostym, lub co najwyżéj pod kątem zbliżonym do prostego. Tego nie widzieliśmy ani razu w grupie pierwszéj. Parzystość koków, opisana w grupie pierwszéj, występowała tutaj również jasno. Jeżeli i w tym razie mikrokoki te uważać należy za stan zarodnikowy schyzomycetu, trzeba przypuszczać, że w każdym krótkim prątku powstało u bieguna po jednym zarodniku (*spora*), tj. w każdym osobnym prąteczku sformowało się tylko po jednéj parze mikrokoków. Bardzo często spotyka się grupy z dwu koków złożone (podług nomenklatury Billrotha *diplococci*), daleko rzadziéj *triplococci* w rodzaju .·. — W grupie pierwszéj nie często spotykaliśmy diplokoki, tutaj zaś są one nadzwyczaj częste. Ale okolicznością najbardziéj charakterystyczną, która stanowczo wyróżnia je od schyzomycetów z pierwszéj grupy, jest to, że szeregi koków układają się tutaj w kolonije, tworząc niewielkie, ale bardzo charakterystyczne *zoogloea.* Sznureczki te (*torulae*) proste i parzyste leżą w jednéj kolonii równolegle do siebie, a po większéj części jeszcze w taki sposób, że zarodnik leży naprzeciwko zarodnika, a przedział wolny naprzeciwko przedziału odpowiedniego w równoległym sznurku. Zupełnie inaczéj ma się rzecz w zoogloeach mikrokokowych u bakteryj gnicia (np. u *bacterium termo,* u grzybka siennego *bacterium subtile)*; w zoogloeach tych układają się równoległe sznureczki w ten sposób, że zarodniki jednéj nici wypadają naprzeciwko przedziału drugiéj nici i naodwrót.—Oprócz licznych diplokoków w ropie z téj grupy spotyka się jeszcze jedno nader charakterystyczne ugrupowanie koków w kształcie :: czwórki gry w domino. Ta grupa zdarza się nadzwyczaj często. O wiele częściéj niż jakiekolwiek inne ugrupowanie, bądź po dwoje bądź w kolonijach liczniejszych (patrz figurę). A przy baczniejszém wpatrzeniu się udaje się spo-



Fig. — Zrysowana przezemnie za pomocą *camera lucida,* przy powiększeniu 800 krotném. Przypadek IX *Panaritium.* Dość znaczne ilości mikrokoków rozrzuconych kupkami. Częste układanie się czwórkami, rzadziéj dwójkami. Pośrodku małe zooglea, *a*) ciałka ropne, — *b*) mikrokoki.

strzedz, że większe zoogley składają się z koków ułożonych czwórkami w kwadraty i sześciany po 4, 8, 16, 20, 24 itd. Precedens podobny jest już znany u wielu rodzajów schyzomycetów. Pochodzi zaś ten układ ztąd, że się mikrokok dzieli raz w jednym kierunku, przyczém powstaje jedna para mikrokoków. Każdy mikrokok w téj parze dzieli się już teraz w kierunku drugim (pod kątem prostym do pierwszego

[1]) W ogóle mówiąc nie zdarzało mi się dotychczas w wielu innych przypadkach czy to w ropie czy to w narządach spotykać mikrokoków luźno, jeżeli tylko zwracałem uwagę na to, aby preparatu w czasie przygotowywania zbytnio nie maltretować. Dla tegoto sądzę, że ci autorowie, którzy spotykali mikrokoki pojedynczo lub znajdowali je luźno rozrzuconemi po całym preparacie, zostali wprowadzeni w błąd przez to że w czasie przygotowywania preparatu sztucznie rozrzucili komórki schyzomycetowe po całym preparacie. Istotnie téż w tych przypadkach, w których umyślnie rozcierałem kroplę ropy długo i silnie pomiędzy szkiełeczkami, otrzymałem koki w rozrzuceniu.

kierunku); jeżeli zaś nowopowstałe koki podzielą się jeszcze w trzecim kierunku przestrzeni (w głąb), to otrzymamy ośm mikrokoków w postaci sześcianu ułożonych. Takim jest podział komórek u *sarcina ventriculi*, u *micrococcus gonorrhoeae*, również i u *bacterium merismopedioides*, przez co powstają u nich albo czterokomórkowe kwadraty, albo ośmiokomórkowe sześciany. Saméj akcyi podziałowéj u moich koków nie dostrzegłem ani razu, dla tego że nie mogłem przedsięwziąć potrzebnéj ku temu sztucznéj hodowli. Teoretyczne jednak przypuszczenie takiéj czynności ze względu na wielką analogiję z podobnemi formami innych schyzomycetów lepiéj dotychczas zbadanych, wydaje mi się bardzo prawdopodobną rzeczą. Dopiero co opisane własności, jako układ sznureczków równoległych, przyczém każdy kokus przypada na przeciwko koka z równoległego sznurka, a także godna uwagi poczwórność w kolonijach nadają zoogleom tych schyzomycetów ogólne odrębne cechy. Odrębność ta odbija się w wyglądzie zewnętrznym zoogley. Albowiem wszystkie zooglee (tj. mniejsze lub większe skupienie komórek, objęte także nazwą kolonij) posiadają odmienną k a n t o w a t ą f o r m ę. Rogi zoogley nie są wcale zaokrąglone, lecz tworzą kąty proste. Ta odrębna cecha odrazu wpadła mi w oczy przy porównaniu z zoogleami widzianemi w naczyniach krwionośnych w organach ludzi zmarłych z septycemii, któréj opisanie umieściłem w mojéj rozprawie inauguralnéj. Oprócz tego odróżniają się one stanowczo od zoogley mikrokoków gnicia. Te bowiem kolonije są kuliste lub mają powierzchnię okrągławą, np. zooglea u *micrococcus pyocyaneus*, *ascococcus Billrothii* itd.

Cechy właściwe zoogleom koków z téj drugiéj grupy chorób są tak stałe, że uważam je za własność niezmienną. Cechy te pozwalały mi zawsze mikrokoki te odróżnić z jednéj strony od mikrokoków kiedykolwiekbądź przezemnie widzianych, a z drugiéj strony oddzielić stanowczo od mikrokoków opisanych w grupie pierwszéj. Taka okoliczność zmusza mnie uznać te dwie formy zoogley za przedstawicielki osobnych rodzajów schyzomycetowych. Jak tam tak i tutaj mikrokoki ułożone w sznureczki przedstawiają pewien (analogiczny) jeden okres rozwoju schyzomycetów dwu różnych rodzajów. Bez wątpienia jest to tak zwany o k r e s z a r o d n i k o w y (*sporae*). Czy jednak w téj drugiéj grupie są inne okresy — nie wiem. Ani razu niewidziałem w moich preparatach ani stanu prątkowatego, ani stanu nitkowatego (*bacillus* wzgl. *leptothrix*).

Chociaż w wielu względach podobieństwo schyzomycetów w przypadkach VII, VIII i IX do schyzomycetów znalezionych w *osteomyelitis acutissima* (przypadki X, XI i XII) jest bardzo wielkie, to jednak przy baczniejszém badaniu dają się spostrzedz następujące nieznaczne różnice: 1) Ilość mikrokoków w *osteomyelitis* jest stokrotnie większą aniżeli w pierwszych trzech przypadkach; 2) w *osteomyelitis* mikrokoki wydają się nieco wątlejszemi, niby trochę mniejszemi (chociaż jak już wspomniałem za pomocą mikrometru różnicy téj wymierzyć nie mogłem); 3) forma pojedyńczego mikrokoku w *osteomyelitis* jest o wiele prawidłowiéj kulistą. W skutek tego zooglea w *osteomyelitis* przedstawia się nieco jaśniéj, jako złożona z osobnych koków. Czy jednak te tak małe różnice dają nam prawo rozdzielić tę grupę i powiedzieć, że są to dwa odrębne rodzaje schyzomycetów? Pytanie to tymczasem jestem zmuszony pozostawić bez odpowiedzi. Być téż może, że mikrokoki pod względem morfologicznym do siebie zupełnie podobne, są pod względem fizyjologicznym bardzo od siebie różne. Zapalenia w przypadkach *osteomyelitis* odznaczały się nadzwyczajną złośliwością, a przypadki VII, VIV i IX wielką łagodnością przebiegu, bo w żadnym nie było silnéj gorączki i zapalenie nie miało ani razu charakteru postępowego. Rażąca to różnica. Aby uniknąć większego splątania w téj jeszcze ciemnéj i dotychczas zawiłéj dziedzinie, wolę tymczasem przy wysnuwaniu wniosków wyłączyć całkowicie trzy przypadki *osteomyelitis*, a ograniczyć się do prostego zanotowania faktu znalezienia w ropie osteomyelitycznéj mikrokoków podobnych, ale nawet nieco różnych od przedstawionych we figurze. (Dok. n.)

III. Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych prof. Rosnera.

Sprawozdanie naukowe z ruchu chorych w téjże klinice w ciągu roku szkolnego 1883 i 1884.

Podał Dr. Leon Kopff
asystent kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 47).

III. *Syphilis secundaria recidiva.*

Na kiłę wtórorzędną odnawiającą się leczono 43 mężczyzn i 41 kobiet, razem 84 chorych. Czas leczenia wynosił średnio $14\frac{1}{2}$ dnia.

Kiła wtórorzędna odnawiała się najczęściéj w postaci kłykcin sączących. Rzadziéj o wiele zmianom tym towarzyszyła wysypka na skórze. Cechowało kiłę odnawiającą się umiejscowienie się kłykcin. Podczas gdy w kile wczesnéj świeżéj najczęstszą siedzibą kłykcin były części rodne i ich okolica, to w kile odnawiającéj się najczęściéj napotykaliśmy guzki wilgotne na błonie śluzowéj jamy ust. Ztąd téż kiła odnawiająca się ma tak ogromne znaczenie ze względu na rozszerzanie się téj choroby czy to przez pocałunek, czy w jakikolwiek inny sposób, jedynie tylko za pomocą nader nieznacznych kłykcin na wargach, które znów są ulubionêm miejscem ich sadowienia się. Kłykciny sączące najliczniéj występowały w pierwszych okresach kiły odnawiającéj się. Czém zaś późniéj kiła się odnawiała, tém mniéj liczne i mniejsze były kłykciny sączące. W niektórych przypadkach późnych i już niejednokrotnie odnawiającéj się kiły jedynym objawem jéj były nieznaczne kłykciny sączące na migdałkach lub na podniebieniu miękkiém.

Wysypka na skórze w kile odnawiającéj się wystąpiła tylko w 18 przypadkach, t. j. u 7 kobiet a 11 mężczyzn. Najczęstszą postacią wysypki była wysypka guzkowa a następnie różycowa. Wysypka guzkowa występowała zwykle tylko w postaci nielicznych guzków soczewicowatych lub większych łuszczących się. Zwykle guzki te usadowione były na jakiémś ograniczoném miejscu. Najczęściéj stosunkowo napotykano je na karku. Różyczka w kile odnawiającéj się różniła się zazwyczaj od takiéj saméj wysypki kiły wczesnéj świeżéj wielkością znaczniejszą plam, ich rozłożeniem tylko na małych przestrzeniach skóry, a obok tego często i kształtem. Albowiem podczas gdy różyczka w kile świeżéj występowała najczęściéj w postaci drobnych, gęsto rozsianych plam różowych o niewyraźnych zarysach, — to w kile odnawiającéj plamy te były zwykle o wiele wybitniejsze, większe, o zarysach więcéj wyraźnych, często w postaci całkowitych lub niezupełnych obrączek (*roséole circinée*) lub téż plam owalnych, eliptycznych. Przytém wysypka różycowa kiły odnawiającéj się była zwykle trwalszą niż w kile wczesnéj.

Nierzadko spotykano się w kile odnawiającéj z cier-

pieniami ócz, szczególnie z zapaleniem tęczówki, daléj z bólami i zapaleniem w różnych stawach, z nerwicami i porażeniami pojedynczych gałęzi nerwowych, bólami mięśniowemi itd. O wszystkich tych objawach mówiliśmy już obszerniéj przy kile wtórorzędnéj wcześnéj.

W leczeniu kiły wtórorzędnéj używaliśmy przedewszystkiém preparatów rtęciowych. Reguła ta jednak nie była bez wyjątków. W przypadkach bowiem kiły złośliwéj u ludzi źle odżywionych, niedokrewnych lub charłaczych przystępowaliśmy tylko w razach nadzwyczajnych odrazu do leczenia rtęcią. Wychodziliśmy tutaj z zapatrywania, potwierdzonego licznemi doświadczeniami i spostrzeżeniami, że rtęć działa do pewnego stopnia upośledzająco na wszystkie czynności ustroju i skutkiem tego nie mało podkopuje odżywienie. Woleliśmy więc w takich razach, niechcąc powiększać jeszcze bardziéj i tak już wybitnego charłactwa, odżywiać dobrze chorego, podawać mu środki wzmacniające, jak dobre wino, piwo, żelazo z chininem itp. a prócz tego stosować jod, który również bez wątpienia jest środkiem przeciwkiłowym, chociaż w objawach kiły świeżéj nie tak skutecznym jak rtęć.

Rtęć stosowaliśmy albo wewnętrznie, albo podskórnie, albo za pomocą wcierań. Wybór jednéj z tych metod zależnym był od przypadku i od szczegółowego wskazania. Ogólnie przyjętą była metoda stosowania rtęci podskórnie. Metoda ta bowiem ma bardzo wiele zalet i góruje, zdaniem naszém, nad innemi. Rtęć w postaci wstrzykiwań podskórnych stosowana wymaga znacznie mniéj zachodu od wcierań a pod względem działania zazwyczaj im nie ustępuje. Przytém lekarz jest w stanie zawsze dokładnie oznaczyć dawkę, jaką chce wprowadzić do ustroju, podczas gdy to przy podawaniu rtęci w postaci wcierań, a nawet wewnętrznie, jest prawie niemożebném. Zaleta ta jest niemałą, jeżeli chcemy leczyć według pewnych ścisłych zasad umiejętności. Ustrój ludzki znosi znakomicie wstrzykiwania. Zaburzenia ze strony narządu pokarmowego o wiele rzadziéj występują niż po podawaniu rtęci wewnętrzném lub nawet i po wcieraniach. Chorzy nie są tak narażeni na zaziębienie się przy nadarzającéj się lada jakiéj sposobności, jak to ma miejsce przy stosowaniu wcierań. Dla tego téż używaliśmy wstrzykiwań podskórnych i w leczeniu chorych ambulatoryjnych w każdéj porze roku, na co nie moglibyśmy się odważyć przy metodzie wcierań. Wiadomo bowiem powszechnie, jak ustrój w czasie leczenia wcieraniami jest drażliwym i skłonnym do powstawania wszelkiego rodzaju chorób z zaziębienia i nieodpowiedniego zachowania się. Czegoś podobnego przy robieniu wstrzykiwań nigdy nie zauważyliśmy. W żadnym przypadku nie zauważyliśmy, aby pod wpływem rtęci stosowanéj podskórnie występował ten upadek sił, wychudnienie, brak apetytu, apatyja, które niejednokrotnie zdarza się widzieć jako następstwa dłuższego używania rtęci czy to wewnętrznie, czy téż za pomocą wcierań. Rtęć z ustroju o wiele szybciéj się wydziela, niż po wcieraniach, krócéj więc ustrój jest pod jéj działaniem. Téj okoliczności może należy przypisać, że wstrzykiwania nie sprowadzają takiego charłactwa jak wcierania. Ze względu na czystość i wygodę chorzy przenoszą wstrzykiwania nad wcierania. U nas w klinice czas leczenia wstrzykiwaniami był zawsze krótszym niż przy robieniu wcierań. Objawy kiły odnawiającéj się po wstrzykiwaniach były zawsze łagodne i po zastosowaniu znów kilku lub kilkunastu wstrzykiwań szybko ustępowały.

Te zalety metody, głównie rozpowszechnionéj przez Lewina, z pewnością zmniejszyłyby już były używanie innych metod *ad minimum*, gdyby nie jedna jéj nader ujemna strona, a któréj dotąd, mimo różnych prób, usunąć się nie udało. Oto wstrzykiwania podskórne sprawiają ból, dla którego w niektórych przypadkach, u osób drażliwych, szczególniéj nerwowych kobiet, trzeba ich zaniechać. Ból ten występujący zaraz po zastrzyknięciu wzmaga się bardzo w ciągu pół godziny, poczém zwolna ustępuje. Zawsze jednak po kilkunastu nawet godzinach miejsce zastrzyknięcia jest przy ucisku bardzo dotkliwém. Niektórzy zarzucają, że po nich łatwo ropnie powstają. Według naszego doświadczenia przyczyną ropni jest li tylko złe zastrzykiwanie sublimatu. Jeżeli bowiem zastrzyknięty sublimat dostanie się w tkankę saméj skóry, to oprócz wiele silniejszego bólu, wywołuje przytém zawsze obrzmienie dotkniętego miejsca skóry lub wytworzenie się ropnia. Jeżeli zaś igła przebije całą grubość skóry a sublimat dostanie się tylko do tkanki łącznéj podskórnéj, wtedy ropień nigdy nie powstanie. Również téż uważać bardzo należy na czystość igły i rozczynu mającego się zastrzyknąć płynu. Zachowując te ostrożności nigdyśmy w naszych przypadkach nie mieli żadnych ropni po zastrzykiwaniu podskórném któregokolwiekbądź preparatu rtęciowego.

Wstrzykiwaniami więc, jak już wspomnieliśmy, leczyliśmy przeważną część naszych przypadków kiły drugorzędnéj. Wyjątek stanowiły w tém leczeniu na pierwszém miejscu ciężarne kobiety, u których zachodziła obawa, że skutkiem bólu wywołanego zastrzyknięciem może na drodze odruchowéj przyjść do przedwczesnego porodu. Prócz tego nie robiliśmy wstrzykiwań u chorych, którzy albo z powodu zbytniéj drażliwości nie mogli znosić bólu zastrzyknieniami wywołanego, lub téż u których w ogóle przeciwwskazane było użycie rtęci, albo wreszcie w przypadkach kiły ciężkiéj. U osób osłabionych, u których po leczeniu przygotowawczém, wskazaném już było użycie rtęci, ze względu jednak na bóle, jakie wstrzykiwania wywołują i ze względu na ich energiczne działanie, woleliśmy ich zaniechać a polecić wcierania.

Zazwyczaj do wstrzykiwań używaliśmy rozczynu sublimatu, przepisując go: *Rp. sublimati corrosivi 1·00 Natri chlorati 10·00 Aq. destillatae 100·00.* Z tego rozczynu wstrzykiwaliśmy jako dawkę dzienną jednorazową całą strzykawkę jednogramową Pravaza, a zatém jeden centygram sublimatu. Morfinu do rozczynu powyższego nie dodawaliśmy, uważając dodatek ten za nieodpowiedni. Zwykle bowiem już po 24 lub 36 godzinach prawie cała ilość morfinu wydzielała się, strącona sublimatem, który jest jednym z ogólnych odczynników na alkaloidy. Nader mała ilość morfinu, jaka mogłaby się w rozczynie utrzymać, wynosiłaby w codziennéj dawce tak homeopatyczną ilość, że o jéj działaniu ani nawet mowy być nie może. W pewnéj liczbie przypadków próbowaliśmy dodawać rozczynu morfinu do każdéj dawki sublimatu w ilości mniéj więcéj ½ do 1 centigrama czystéj soli morfinowéj. W takich razach morfin działał i istotnie ból zmniejszał, lecz nie do tego stopnia, jakby się po takiéj ilości morfinu spodziewać można było. Morfin bowiem działał zaraz po zastrzyknięciu, podczas gdy najsilniejszy ból po zastrzyknięciu sublimatu występował późniéj i przetrzymywał działanie morfinu. Zresztą przy znanéj łatwości, z jaką ustrój ludzki przyzwyczaja się do morfinu, trzebaby dawkę jego alkaloidu ciągle zwiększać, co nie byłoby odpowiedniém i do żadnego nie doprowadziłoby celu.

Wstrzykiwania zwykle robiliśmy pod skórę pleców lub pośladków, miejsca te bowiem są najmniéj czułe. Szczególniéj odpowiedniemi dla wstrzykiwań są pośladki, raz dla swéj małéj czułości, powtóre ze względu na grubą warstwę tkanki podskórnéj. Zwyczajem przyjętym w klinice naszéj było robienie przez dwa dni z rzędu zastrzykiwań a pozostawienie w dniu trzecim przerwy. Codzienne zastrzykiwania łatwo i prędko sprowadzały zapalenia dziąseł.

Ze wszystkich przetworów rtęciowych, do wstrzykiwań polecanych, rozczyn sublimatu, według formy wyżéj przytoczonéj, jest najlepszym. Przewyższa on je nietylko co do siły leczniczéj, ale także pod wielu innemi względami. Przetwory takie, jak białkan rtęci, peptonian rtęci, a nawet sinek rtęci w rozczynie łatwo ulegają rozkładowi. Ztąd téż ilość rtęci w rozczynie znajdująca się jest zmienną. Obok tego w czasie rozkładu wydzielają się różne osady, które płyn mącą i mogą dać powód do powstawania ropni. Ból wywołany zastrzykiwaniami sublimatu wcale większym nie jest niż po użyciu innych preparatów, tak, że ta główna wada wszystkim środkom do zastrzykiwania używanym jest w równéj mierze wspólną.

W roku zeszłym robiliśmy próby z preparatem tak gorliwie zalecanym przez Liebreicha. Preparat ten *hydrargyrum formamidatum* mimo sławy, jaka użycie jego naprzód już poprzedziła, nie wytrzyma krytyki ścisłéj. Myśmy stosowali go w 29 przypadkach, lecz nieodkrywszy w nim żadnych z wysławionych zalet porzuciliśmy go. Mrówkoamid rtęciowy jest przedewszystkiém przetworem niestałym, łatwo zmieniającym w rozczynie swój skład chemiczny. Głównéj zalecie jego, że bólu nie wywołuje, nasi przynajmniej chorzy jednogłośnie zaprzeczyli. Dla porównania robiliśmy naprzemian w paru przypadkach zastrzykiwania już to sublimatem, jużtéżto mrówkoamidem rtęciowym. Chorzy na jedno zgadzali się, że tak po jednego jak i drugiego rodzaju wstrzyknięciu mają ból, — co do natężenia zaś bólu zdania były podzielone, tak że przypuszczać musimy, że nie ma w tym względzie żadnéj różnicy między obydwoma temi preparatami rtęciowemi. Mrówkoamid rtęciowy działał o wiele wolniéj, trzeba téż było o wiele więcéj wstrzykiwań z niego zrobić niż ze sublimatu, aby usunąć zmiany kiłą drugorzędną wywołane. W tych przypadkach, w których mieliśmy sposobność widzieć odnawiającą się kiłę, przekonaliśmy się, że kiła ta po wstrzykiwaniach z mrówkoamidu rtęciowego o wiele rychléj występowała i o wiele silniéj a uporczywiéj niż po wstrzykiwaniach sublimatem.

Ze względu na brak miejsca w klinice, jakotéż ze względu na koszta leczenia szpitalnego, zatrzymywaliśmy chorych kiłowych tylko tak długo, póki zmiany ze skóry i błon śluzowych nie ustąpiły, bacząc przedewszystkiém na to, aby chory opuścił zakład w takim stanie, że już nie był niebezpiecznym dla społeczeństwa przez roznoszenie kiły. Do tego celu, stosownie do nasilenia objawów, wystarczało nam w kile wtórorzędnéj świeżéj 20 do 30 zastrzyknięć sublimatem. W kile odnawiającéj się robiliśmy zazwyczaj o połowę mniej wstrzykiwań. Średnio biorąc, w ciągu dwóch lat, sprawozdaniem objętych, chorzy, którzy stale wracali do nas z nawrotami objawów kiłowych, dostali 50 do 70 wstrzykiwań rtęciowych. Ponieważ na podstawie większości przypadków przypuścić można, że leczenie kiły drugorzędnéj wymaga średnio dwóch lat czasu, a zatém do wyleczenia kiły drugorzędnéj potrzeba było w naszych przypadkach średnio 50 do 70 wstrzykiwań sublimatem po 0·010 na dawkę, t. j. 0·50 do 0·70 sublimatu czystego. Jestto w porównaniu z wcieraniami ilość rtęci nader mała, jakiéj potrzeba do usunięcia zmian kiły drugorzędnéj. Myśmy używali w klinice wcierań po 3 grm. na dzień, któróato dawka zatém zawiera 1.50 grama rtęci metalicznéj!

Rtęć wewnętrznie podawaliśmy w tych przypadkach, w których chorzy nie znosili wstrzykiwań, a zmiany nie były tak wielkie, aby wymagały wcierań. Przedewszystkiém więc używaliśmy téj metody leczniczéj u kobiet nerwowych, które po wstrzykiwaniach dostawały spazmów.

Wewnętrznie podawaliśmy zwykle rtęć jako jodek rtęciowy w pigułkach. Preparat ten najmniéj drażni przewód pokarmowy, a chorzy użycie jego dłużéj znoszą niż sublimatu, który również podawaliśmy wewnętrznie w kilku przypadkach. Przytém sublimat ma smak obrzydliwy, długo się utrzymujący i przypominający. Jodek rtęciawy zapisywaliśmy zwykle w połączeniu z wyciągiem makowca, przez co zapobiegaliśmy występowaniu bólów i rozwolnieniu. Zwykłą formą ordynacyi było: *Rp. Protojodureti hydrargyri 1.00 Extr. opii aquosi 0.30, Extr. gentianae, Plv. quassiae q. s. ut. f. l. a. pill. quadraginta*, — a z tego podawano po 2 do 6 pigułek raz lub dwa razy dziennie.

Rtęć wewnętrznie podawana usuwała również dobrze zmiany kiłowe jak podskórnie lub w postaci wcierań stosowana. Jednakowoż leczenie trwało o wiele dłużéj i wymagało częstych przerw z powodu zaburzeń ze strony narządu pokarmowego. Przytém zauważyliśmy, że odżywienie chorych znacznie się pogarszało.

Wcierań rtęciowych używaliśmy w kile wtórorzędnéj wyjątkowo. Jak już wyżéj nadmieniliśmy, wyjątek ten stanowiły przypadki kiły ciężkiéj, uporczywéj, u ludzi osłabionych. Prócz tego używaliśmy wcierań u kobiet ciężarnych, w tych przypadkach, gdzie nam chodziło o usunięcie zmian przed porodem. U chorych takich bolesnych wstrzykiwań używać nie było można, a wewnętrzne podawanie rtęci również było niestosowném i poniekąd przeciwwskazanem.

Wcierania robiono według powszechnie przyjętéj metody, stosując na dzień po 3 gramy *Unguenti cinerei* (t. j. po 1.50 na każdą stronę). Zwykle chorych naszych, szczególniéj w porze letniéj, posyłaliśmy do kąpieli przed każdém wcieraniem, aby odpowiednio przygotować skórę. Wcierań nie robiliśmy jednym ciągiem bez przerwy, — lecz zwykle co trzeci lub piąty dzień pozostawialiśmy choremu pauzę. Tym sposobem nie męczyliśmy zbyt chorego i po części zapobiegiwaliśmy wystąpieniu mocniejszego zapalenia dziąseł i jamy ust.

Zwykle w naszych przypadkach potrzeba było do usunięcia kiły 30 do 50 wcierań. Wcierania bynajmniéj nie zapobiegały nawrotom objawów kiły; — wydarzały się one tak często jak po innych metodach leczniczych, a bodaj czy nie silniéj niż po wstrzykiwaniach podskórnych sublimatu. U dzieci z objawami kiły drugorzędnéj stosowaliśmy rtęć w postaci kąpieli sublimatowych. Kąpiele te równie dobrze działały jak inne metody leczenia rtęcią i usuwały szybko zmiany kiłowe.

W przypadkach wystąpienia nieco silniejszego zapalenia jamy ust, używaliśmy prócz wyżéj nadmienionego płókania 2% rozczynem chloranu potasowego i pędzelkowania z nalewki dębiankowéj, azotanu srebrowego *in substantia*. Dwu- lub trzechkrotne pociągnięcie miejsc owrzodziałych błony śluzowéj tym środkiem wystarczało do usunięcia tego nieznośnego następstwa leczenia rtęcią.

Jak już wyżéj nadmieniliśmy w przypadkach kiły bardzo złośliwéj u ludzi źle odżywionych, charłaczych, nie przystępowaliśmy odrazu do leczenia rtęcią, lecz obok dyjety pożywnéj i środków, mających na celu poprawę odżywienia, podawaliśmy jodek potasu. Środka tego używaliśmy zwykle w rozczynie 5%, podając go po łyżce stołowéj dwa lub trzy razy dziennie (t. j. prawie po 1 gramie jodku potasu na dawkę).

Jodek potasu jest bezwątpienia również środkiem przeciwkiłowym, w kile jednak drugorzędnéj działa słabiéj aniżeli rtęć. Mimo to w niektórych przypadkach widzieliśmy niezawodne jego skutki lecznicze. Szczególniéj uważaliśmy, że głębsze nacieki w skórze po podawaniu jodu prędzéj ustępują, że owrzodzenia powstałe skutkiem niesztowic lub brudźca kiłowego prędzéj się o wiele goją. W tych przypadkach, w których podawaliśmy jod w kile pierwszorzędnéj, uważaliśmy, że lek ten zwykle opaźniał wystąpienie objawów kiły drugorzędnéj. Również jod usuwał różne niemiłe objawy okresu zwiastunowego kiły drugorzędnéj, jak bóle głowy, bóle w stawach, mięśniach, kościach itd., a przedewszystkiém obrzęk gruczołów, mianowicie u skrofulicznych, jak również obniżał gorączkę.

Prócz leczenia ogólnego nigdy nie pomijaliśmy leczenia miejscowego kłykcin sączących tak na częściach rodnych, jak w okolicy rzyci, na błonie śluzowéj jamy ust itd. Leczenie to polegało zwykle na pędzelkowaniu kłykcin sączących rozczynem sublimatu. Do pędzelkowania najczęściéj używaliśmy 1% lub 2% rozczynu wodnego chlorku rtęciowego. Dawniéj używaliśmy rozczynu wyskokowego, przekonaliśmy się jednak, że rozczyn ten, sprawiający chorym mocny ból, nie ma żadnéj wyższości nad rozczynem wodnym. Jeżeli kłykciny sączące na częściach rodnych były bardzo duże i liczne, co się zdarzało u kobiet, używaliśmy metod leczniczych więcéj energicznych, jak posypywania kalomelem kłykcin wpierw zapędzelkowanych wodą chlorową (*sublimat in statu nascenti*), przyżegania równoczesnego azotanem srebrowym *in substantia* i zynkiem metalicznym itd. Jeżeli po znacznych kłykcinach pozostały nacieki, pokryte grubszą warstwą przyskórka lub przybłonka, nieustępujące już tak łatwo przy zwykłém leczeniu, stosowaliśmy na nie plaster rtęciowy, przez co znacznie przyspieszaliśmy ich wessanie Kłykciny na błonie śluzowéj jamy ust i gardła albo pędzelkowaliśmy słabym rozczynem chlorku rtęciowego lub téż słabym rozczynem azotanu srebrowego.

Leczenie miejscowe kłykcin sączących ma szczególniéj wielkie znaczenie w kile odnawiającéj się u osób poprzód rtęcią leczonych. U osób takich kłykciny sączące szczególniéj łatwo występowały na błonie śluzowéj jamy ust i gardła. Na podstawie licznych naszych spostrzeżeń przyszliśmy do przekonania, że główną tego przyczyną jest pewnego rodzaju przewlekła *stomatitis mercurialis*. Pod wpływem rtęci błona śluzowa jamy ustnéj staje się nader wrażliwą, i z tego powodu jako *locus minoris resistentiae* błona ta śluzowa szczególniéj usposobioną była do wytwarzania się nacieków kiłowych. Nacieki takie łatwo bardzo rozpadały się i szerzyły w obwodzie, tworząc dość wielkie i głębokie nadżerki. Kłykciny takie nie tak łatwo, jak w warunkach zwykłych, ustępowały. Szczególniéj miało to miejsce, jeżeli się stosowało znów dla usunięcia ich zwykłe leczenie przeciwkiłowe rtęcią, tak zewnętrznie jak wewnętrznie podawaną. Wtedy bardzo często zmiany na błonie śluzowéj miasto ustępować powiększały się, a nowe kłykciny na miejscach dotąd zdrowych występowały. W takich przypadkach, niejako przesycenia ustroju rtęcią, najodpowiedniejszém nam się okazało leczenie następujące: Choremu, dobrze odżywionemu, podawaliśmy wewnętrznie tylko jodek potasu lub jodoform (*Rp. Jodoformii 3.00—5.00 Extr. et plv. gentianae q. s. ut f. l. a. pill. quinquaginta. S.* Dwa razy dziennie po 2 do 4 pigułek), zewnętrznie zaś pociągaliśmy kłykciny albo lapisem *in substantia* lub rozczynem azotanu srebrowego lub też wreszcie rozczynem jodu w glicerynie i jodku potasu. Po takiém leczeniu zmiany na wszystkich błonach śluzowych szybko się goiły a odżywianie chorego polepszało się znacznie.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Lustgarten: O prątkach swoistych, znajdowanych w wytworach chorobowych właściwych kile.

(Doniesienie tymczasowe).

Autorowi, zajętemu badaniami w pracowni prof. Weigerta w Lipsku, udało się wykryć prątki swoiste w dwóch przypadkach stwardniałości pierwotnéj i w jednym przypadku kilaka. Prątki te różnią się od wszystkich znanych dotychczas nietylko odmienném barwieniem się lecz także odrębną lokalizacyją, przedstawiają się one jako pręciki proste lub nieco zakrzywione, smukłe, prawie téj samej wielkości i wejrzenia co prątki gruźlicze, znajdują się rozrzucone lub w małych grupach w powiększonych nieco komórkach limfoidalnych, a przy użyciu wielkich powiększeń można na nich wykazać miejsca jaśniejsze, takie same jak te, które Koch skłonnym jest uważać za tworzące się zarodniki na prątkach gruźliczych. Sposób barwienia, o którym autor późniéj poda wiadomość, jest tego rodzaju, że pozwala dokładnie odróżnić te prątki od wszystkich innych dotąd znanych, a okoliczność, że ostatnie znajdują się w samych komórkach limfoidalnych, dozwala wykluczyć złudzenia w skutek obecności prątków gnilnych. Autor nie spostrzegł nigdzie koków a wspomina o tém dla tego, że inni autorowie posądzali koki o to, że są przyrzutem kiły; nie wypowiada on dotychczas zdania o znaczeniu etyjologicznem tych prątków, stwierdza jedynie ich obecność w tworach kiłowych. (*Wr. med. Wochenschrift*, 1884, Nr. 47). *Dr. Schaitter.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie.

IX. Posiedzenie zwyczajne naukowe Sekcyi lwowskiéj Tow. lek. galic. z d. 8 listopada 1884.

Obecni: Przewodniczący: Dr. Widman. Członków obecnych 21.

Kol. protomedyk Biesiadecki podaje do wiadomości, że biblijoteka Tow. lek. galic. otrzymała następujące dary: 1) Księgozbiór po kol. Raspie pozostały, 2) rodzina kol. Dra Świrskiego darowała także zbiór książek przez zmarłego kolegę pozostałych, 3) spadkobiercy po kol. Drze Berggrünie wzbogacili biblijotekę Tow. lek. galic. książkami po zmarłym koledze w spuściźnie otrzymanemi Kol. protomedyk wnosi tedy, aby dary pomienione przyjąć a ofiarodawcom wyrazić publiczne podziękowanie przez umieszczenie wiadomości w organie Tow. lek. galic., co Zgromadzenie jednomyślnie postanowiło i niniejszém z przyjemnością uchwałę wykonywa. Nadto nadmienia kol. protomedyk, że co do księgozbioru po kol. Drze Raspie pozostałego, podziękowanie i uznanie należy się kol. Drowi Różańskiemu, że zbiór ten stał się własnością biblijoteki Tow. lek. galic.; kol. Dr. Różański bowiem nabył pomieniony zbiór ksią-

żek i darował go biblijotece Tow. lek. gal. Kol. protomedyk wnosi więc, aby kol. Drowi Różańskiemu wyrazić podziękowanie przez powstanie, na co się jednomyślnie zgodzono. Ponieważ jednak kol. Dr. Różański nie był obecnym na posiedzeniu, postanowiono Mu zatém wyrazić podziękowanie za Jego starania i koszta łożone dla dobra biblijoteki Tow lek. galic. publicznie w organie Tow. lek. galic. i niniejszém wywiązuje się Zgromadzenie z tego miłego obowiązku.

Kol. Dr. Krówczyński mówi: O nowym zwiastunnym objawie zapalenia przyjądrza. Prelegent zwraca uwagę na zjawisko obserwowane w 30 przypadkach rzeżączki, że przed wystąpieniem dotąd znanych objawów zapalenia przyjądrza spostrzegał w moczu mętnym mniejsze lub większe ilości białka obok oddziaływania kwaśnego moczu. Działo się to zazwyczaj w drugim lub czwartym tygodniu przebiegu rzeżączki, a w kilka dni późniéj dopiero występowało zapalenie przyjądrza i równocześnie znikało prawie we wszystkich przypadkach białko, a mocz oddziaływający kwaśno był przejrzystym. Zbyt mała liczba obserwowanych przypadków nie upoważnia do stanowczego wniosku, usprawiedliwioném jest jednak przypuszczenie, że spostrzeżenie to stoi zapewne w związku z zapaleniem przyjądrza, dlatego też prelegent zwraca uwagę na to spostrzeżenie z prośbą, aby i inni koledzy nań zwrócili uwagę, a gdyby fakt ten dalszemi spostrzeżeniami potwierdzony został, należałoby się zastanowić nad tłumaczeniem tego zjawiska i nad stosunkiem jego do zapalenia przyjądrza. W dalszym ciągu rozbiera prelegent sposoby powstawania zapalenia przyjądrza, przypomina, że odwoływanie się do sympatyi, jaką dawniéj się posługiwano, jest właściwie tylko pokryciem naszéj nieświadomości;—porzuconą przez nowszych badaczy metastazę można przywołać do życia, gdy się uwzględni naturę pasorzytniczą rzeżączki; najczęściéj jednak zapalenie przyjądrza powstaje przez przeniesienie się sprawy zapalnéj z przedniéj części cewki natylną. We wszystkich przez prelegenta wspomnianych przypadkach była część tylna cewki sprawą zapalną zajęta i może następstwa nasilenia sprawy chorobowéj są źródłem owego białka, które mogłoby pochodzić z pęcherza, a mniéj prawdopodobném jest pochodzenie jego z nerek. Dalsza obserwacyja powinnaby wykazać, czy odpowiednie leczenie z chwilą pojawienia się białka w kwaśnym mętnym moczu może zapobiedz powstaniu zapalenia przyjądrza. W niektórych przypadkach bowiem nie wystąpiło zapalenie przyjądrza, chociaż w moczu kwaśnym i mętnym białko się pokazało, gdy chorzy w łóżku pozostali mając na sobie suspensoryja Horanda. Mając na względzie leczenie odciągające, podawał prelegent w tych przypadkach środki przeczyszczające. Czy i na karb czego kłaść należy, że w tych przypadkach zapalenie przyjądrza nie wystąpiło, tylko dalsze obserwacyje rozstrzygnąć mogą. (Dok. nast.)

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

XIV Posiedzenie zwyczajne z d. 12go października 1884.

Przewodniczący kol. Kwaśnicki. Członków obecnych 35 Jako goście Drowie Barącz ze Lwowa, Braun i Mężyk.

1) Nadeszły do biblijoteki Towarzystwa: *a)* Dra Julijusza Cohnheima: Odczyty z patologii ogólnéj tomów 3. Warszawa. *b)* S. Jaccoud: Wykład patologii szczegółowéj, przekład z 7go wydania francuskiego z r. 1883. Dzieło ozdobione tablicami chromolitograficznemi. Warszawa. — *c)* Protokóły Towarzystwa lekarzy lubelskich za r. 1882/3.

2) Przyjęto jednomyślnie przez głosowanie na czynnych członków Towarzystwa Drów Zaniatowskiego, Brauna, Mężyka i Gońkę.

3) Kol. Grabowski składa Rocznik Tow. lek. krak. za r. 1883, z polecenia Towarzystwa przez siebie ułożony.

4) Wniosek Komitetu co do składu Komisyi przedwyborczéj przyjęto przez aklamacyję.

5) Przewodniczący wniósł uchwałę Komitetu Tow. lek. wzywającą Delegata Tow. w Komisyi sanitarnéj do wyjednania takiéj uchwały, mocą któréj Przewodniczący téjże Komisyi przypomni władzy właściwéj wszystkie te wnioski asenizacyjne, które przez Komisyję uchwalone, lecz wyeksekwowane nie zostały.

6) Uchwalono urządzić w Towarzystwie szereg odczytów z dziedziny bakteryjologii, profilaksy i terapii cholery.

7) Kol. Korczyński mówił o wskazaniach do laparotomii w przypadkach niedrożności jelit, rozbierając właściwe znaczenie niedrożności. (Rzecz ta ukaże się w Przeglądzie Lek.)

Na têm posiedzenie zakończono.

Za sekretarza Dr. *Dobruchowski.*

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* **Cholera**. Liczba przypadków choroby i śmierci w Paryżu w ostatnich dniach widocznie zmniejszyła się; pomimo to Państwa ościenne nie zaniechały środków ostrożności, które têm bardziéj są wskazane, o ile epidemija występuje także poza Paryżem, jak np. w Compiegne.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 9—15 listopada umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 28,9. Z ospy umarło 1 (1 z. t.); z odry 1 (1 z. t.); z płonicy 1 (2 z. t.); z błonicy 2 (0 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z duru osutkowego 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 2 przypadkach odry (6 z. t.); 2 płonicy (6 z. t.); 2 błonicy (0 z. t.); 3 krztuśca (2 z. t.); 1 duru brzusznego (0 z. t.); 1 duru osutkowego (0 z. t.); 2 róży (1 z. t.). Od 2—8 listopada umarło z ospy w Londynie 29, świeżo zapadło 104, leczyło się w szpitalach 703. W Paryżu i Petersburgu umarło z ospy po 1, w Wiedniu i Odesie po 2, w Pradze i Madrasie po 3, w Lizbonie 4, w Wenecyi 6. Z duru osutkowego umarło w Londynie, Petersburgu i Palmie po 6, w Madrycie 3. Z cholery umarło w Paryżu 2, w Kalkucie 8, w Madrasie 100. w Bombayu 5.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 2—8 listopada umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 23,0; w Warszawie 30,7; w Poznaniu 25,6; w Wiedniu 22,5; w Budapeszcie 2?,0; w Pradze 25,4; w Berlinie 22,3; w Hamburgu 29,0; we Wrocławiu 29.2; w Gdańsku 25,4; w Mnichowie 29,9; w Dreźnie 21,6; w Lipsku 24,6; w Genewie 16,2; w Brukseli 21,8; w Amsterdamie 23,2; w Hadze 19,0; w Paryżu 23,4; w Londynie 19,7; w Kopenhadze 24,7; w Stokholmie 19,4; w Chrystyjanii 21,4; w Petersburgu 22,8; w Odesie 25,9; w Wenecyi 26,4; w Bukareszcie 23,4; w Madrycie 29,8; w Lizbonie 28,4; w Aleksandryi 32,4; w Nowym Yorku 24,0; w Filadelfii 20,4; w Bombayu 29,6; w Madrasie 51,9. *J. B.*

Śmiertelność we Lwowie (liczącym 115.544 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). W tygodniu od 9—15 listopada rb. umarło osób 52, co odpowiada na rok i 1,000 m. 23·4. W tym czasie zmarło 5 osób z ospy, 1 z błonicy, 1 z dławca, 1 z krztuśca.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 27 listopada. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego odbył się dalszy ciąg dyskusyi nad wykładem prof. Obalińskiego, poczém tenże okazał kilka nowszych narzędzi chirurgicznych.

* W Nrach 22 i 30 pisma naszego z r. b. donosiliśmy o skazaniu lekarza wiedeńskiego Dra Spitzera przez Sąd przedmieścia Mariahilf na utratę dyplomu i grzywnę za dopuszczenie się błędu lekarskiego *(Kunstfehler)* w myśl §. 356 k. k przez to, że dziewczynie z powodu odmrożenia palca zalecił pędzlowanie kolodijonem jodowym, w skutek czego nastąpiła zgorzel i utrata palca. Sędzia oparł swój wyrok tak dotkliwy dla obwinionego na orzeczeniu lekarzy sądowych Dra Dolla i Haschka, którzy, zawezwani do rozprawy, orzekli na niekorzyść kolegi. W skutek odwołania się skazanego Sąd krajowy zażądał orzeczenia Wydziału lekarskiego, który też temi dniami na wniosek sprawozdawcy prof. Alberta orzekł jednomyślnie jak następuje:

1. Znawcy wywodzą zgorzel z zadzierginęcia kolistego a więc z pędzlowania obrączkowatego; tymczasem Dr. Spitzer stosował pędzlowanie całego palca. Nieuwzględnienie téj różnicy równa się posądzeniu skazanego o czyn, którego wcale się nie dopuścił.

2. Pędzlowanie kolodijonem jodowym, zastosowane przez Dra S., w szeregu doświadczeń umyślnie uskuteczuionych, nie wywoływało zgorzeli. W literaturze i umiejętności nigdzie nie ma wzmianki, jakoby środek ten, a w szczególności tak zasto-

sowany. był niebezpiecznym. Z tego powodu nie można Drowi S. zarzucić nieznajomości rzeczy w tym kierunku.

3. O ile wynika ze zgodnych zeznań poszkodowanéj, jéj krewnych i skazanego, w ciągu choroby nie występowały takie objawy, po których możnaby było wnosić o mumifikacyi rozpoczynającéj się, a któréjby zapobiedz wypadało. A więc i pod tym względem Drowi S. nie można zarzucić nieznajomości rzeczy.

Z tych powodów na pytanie Sądu, czy w danym razie śród leczenia Herminy Kautzkiéj obżałowany popełnił takie błędy, które świadczą o nieświadomości jego i czy ztąd Hermina Kautzka poniosła ciężkie uszkodzenie cielesne, Wydział stanowczo odpowiada przecząco.

A więc rehabilitacyja niesłusznie potępionego lekarza najzupełniejsza; szkoda tylko, że po niewczasie. Równocześnie bowiem z wydaniem orzeczenia Wydziałowego Dunaj wyrzucił zwłoki Dra Spitzera, który przed kilką tygodniami zniknął z pomieszkania swego bez śladu. Skutkiem wyroku tak dotkliwego biedny lekarz popadł w zadumę i w tym stanie dopuścił się najprawdopodobniéj samobójstwa. Tragiczna śmierć ojca familii, lekarza, który przez $^1/_4$ wieku żył i praktykował bez poszlaku, wywołała okrzyk boleści a na nic nie zdadzą się zgryzoty sumienia owego sędziego i dwóch jego doradzców lekarskich. A jednak od winy nie są wolnymi. Sędzia zbłądził, gdy w sprawie tak ważnéj wydał wyrok nie zasięgnąwszy opinii Wydziału, a lekarze sądowi zbłądzili jeszcze więcéj, gdy nie zwrócili uwagi sędziego, że zachodzi konieczna potrzeba udania się po orzeczenie do Wydziału, gdy zamiast uznać się niekompetentnymi stanowcze wydali orzeczenie. Będzie to zapewne dla nich krwawą nauką na przyszłość, ale nie o to wcale się rozchodzi! Fakt ten smutny dowiódł, że jedyny stan lekarski pozostaje bez należytéj opieki, pozbawiony dotąd będąc Izb lekarskich, do których w takich przypadkach przedewszystkiém należy sąd o uchybieniu kolegi. Słusznie téż dzienniki, nawet polityczne, podnoszą głos swój w sprawie piekącéj utworzenia Izb na wzór istniejących podobnych instytucyj dla innych zawodów. Może pod wpływem tragicznego przypadku ustawodawstwo wyręczy w téj mierze lekarzy, którzy dotąd dosyć niezręcznie zabierali się do żądania Izb lekarskich a przynajmniéj w żądaniach swych nie okazywali pożądanéj energii.

* Dr. Wenanty Piasecki przesiedlił się na zimę z Zakopanego do Krakowa i urządził tu w nowo przebudowanych Łazienkach górnych w ogrodzie oddział wodoleczniczy, gdzie w południe od godz. 11—12 przyjmuje chorych obojéj płci dochodzących na kuracyję hydryjatryczną. Nadto Dr. P. urządził się w willi pod „Lipkami“ nad Wisłą tak, iż chorym zamiejscowym może dać zupełne zaopatrzenie z kuracyją hydryjatryczną i mięsieniem w połączeniu z leczniczą gimnastyką. Z pomocą wprawnéj służby podejmuje się téż wykonywać po domach prywatnych wszelkie kuracyje wchodzące w zakres hydroterapii, mięsienia i gimnastyki leczniczéj.

* **Wiedeń** Za przykładem Berlina i Lipska zamierzają i tutaj urządzić w szpitalu powszechnym Szkołę dla dentystów.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Zurych.** Prof. Luchsinger z Berna powołany tu został na katedrę fizyjologii po Hermannie. — **Praga czeska.** Rektor Uniwersytetu czeskiego prof. Streng, objąwszy urzędowanie, złożył sumę 4000 złr. na stypendyjum dla kandydata medycyny. Prof. nadzw. chemii lekarskiéj w Wydziale czeskim Dr. Jan Horbaczewski, i nadzw. prof. farmakologii w Wydziale niemieckim Dr. Franc. Hofmeister mianowani zostali profesorami zwyczajnymi. — **Berlin.** Wydział lekarski wystosował pismo do Schweningera, z oznajmieniem, że z powodu przeszłości jego wszyscy członkowie Wydziału postanowili nie wchodzić z nim w żadne stosunki pozasłużbowe.

* **Wiadomości osobowe.** Starszy lekarz w rezerwie Dr. Jan Stefanicki mianowany został starszym lekarzem w armii czynnéj.

* **Nekrologija.** W Moskwie umarł Dr. Henryk Giwartowski. Urodzony w Warszawie w r. 1817 uczęszczał na medycynę w Wilnie a stopień doktora otrzymał w r. 1843 w Moskwie i tamże objął katedrę chemii i farmacyi, na któréj dosłużył się emerytury. Napisał kilka rozpraw lekarskich w języku rosyjskim i francuskim.

W Würzburgu umarł prof. Dr. Henryk Adelmann, słynny w swoim czasie chirurg i okulista, licząc lat 77. — W Petersburgu umarł w 38 roku życia Dr. Albrecht, prosektor w szpitalu obuchowskim, znany z prac swoich w dziedzinie chorób zakaźnych, a głównie duru powrotnego i Dr. Henryk Laskowski, chirurg szpitala aleksandrowskiego, a w gubernii kowieńskiéj Dr. Stanisław Gidwoyn.

W Nowym Targu umarł d. 19 bm. pensyjonowany c. k. lekarz powiatowy Dr. Izydor Trommelschlaeger, członek Tow. lek. galicyjskich, w 74tym roku życia swego, rodem z Żółkwi. W r. 1837 otrzymał stopień Dra medycyny na uniwersytecie w Padwie, a następnie w r. 1845 stopień akuszera, a w r. 1846 stopień chirurga w Zakładzie med. chirurg. we Lwowie. Był lekarzem powiatowym w Wiśniczu, Dobczycach a wreszcie w Nowym Targu, w ciągu téj swéj służby zdołał zebrać znaczny majątek, pozostawiając go bez testamentu niewiadomym spadkobiercom — a może skarbowi państwa. Życie jego było ciche i skromne. *Dr. Zawadziński.*

Redakcyja otrzymała:

Dr. Witold JAROSZYŃSKI: Meran i Arco jako lecznicze stacyje klimatyczne. Warszawa 1884, in 8vo str. 18.

Sekcyja lwowska Tow. lek. gal. odbędzie XI zwyczajne naukowe posiedzenie w sobotę dnia 6go grudnia 1884 o godzinie 6éj wieczór w ratuszu, na którém 1) kol. Dr. K. odczyta rzecz: O zapaleniu pęcherza. 2) Kol. Dr. L. mówić będzie: O paraldehydzie i innych środkach nasennych. 3) Kol. Dr. P.: O leczeniu tyfusu. 4) Kol. Dr. W.: O skutkach kokainu.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 3 grudnia o godzinie szóstéj popoł. w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém po załatwieniu niewyczerpanych przedmiotów porządku dziennego ostatniego posiedzenia, kol. Wł. Gluziński mówić będzie: O uwagach wysnutych z doświadczeń nad trawieniem w żołądkach fizyjologicznych i patologicznych.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Konkurs.

Niniejszém rozpisuje się Konkurs na posadę elewa szkoły operacyjnéj przy klinice chirurgicznéj Uniwersytetu Jagiellońskiego. Z posadą dotyczącą jest połączone roczne stypendyjum rządowe w kwocie 300 złr. w. a., które wchodzi w życie od 1 Stycznia 1885. — Bliższe szczegóły co do obowiązków udzieli prof. Dr. Mikulicz.

Podania należy wnieść do końca Grudnia r. 1884, na ręce Dziekana Wydziału lekarskiego w Krakowie.

L. 1693.

KONKURS.

W celu obsadzenia posady sekundaryjusza i lekarza domowego przy izraelickim szpitalu i domu kalek we Lwowie rozpisuje się niniejszém Konkurs.

Z tą posadą połączona jest płaca roczna 300 złr., którą się ewentualnie powiększy do sumy 500 złr. w. a., wolne mieszkanie w szpitalu, opał i światło.

Posadę rzeczoną nadaje się na przeciąg trzech lat, a petenci mają się wykazać dyplomem uzyskanego stopnia Doktora wszech nauk lekarskich, względnie Doktora medycyny i chirurgii i powinni być stanu wolnego. Obowiązki z tą posadą połączone określa bliżéj statut szpitalny.

Podania winny być wniesione do kancelaryi naszéj najdaléj do końca Grudnia 1884.

Przełożeństwo Zboru izrael.

Lwów dnia 14 Listopada 1884.

KONKURS.

Na mocy upoważnienia ze strony Komitetu Towarzystwa Opieki szpitalnéj dla dzieci w Krakowie, rozpisuje się Konkurs na posadę pierwszego (a względnie drugiego) sekundaryjusza przy szpitalu św. Ludwika dla dzieci z wynagrodzeniem rocznêm 504 złr. w. a. (względnie 400 złr.).

Posada niniejsza nadaną zostanie na lat dwa poczynając od dnia 1 stycznia 1885 roku, a ubiegający się o nią PP. Doktorzy wszech nauk lekarskich składać mają podania do dnia 15 grudnia 1884 w kancelaryi Dyrektora szpitala św. Ludwika.

Z Komitetu szpitala św. Ludwika.

Prof. Dr. Jakubowski.

KONKURS.

Na opróżnioną posadę lekarza miejskiego z płacą roczną 400 złr. ogłasza Zwierzchność gminna niniejszém Konkurs.

Ubiegający wniosą swe podania zaopatrzone w dowody odbytych studyjów i praktyki lekarskiéj do Zwierzchności gminnéj najdaléj **do 30 Listopada rb.**

Zwierzchność gminy.

Niżankowice 11 Listopada 1884.

KONKURS

na posadę lekarza miejskiego rozpisuje Zwierzchność gminna miasta Jordanowa z roczną płacą 300 złr. i dochodami z oględzin bydła i zwłok.

Warunki przyjęcia i bliższe szczegóły udzieli Zwierzchność gminna.

Termin wnoszenia udokumentowanych podań włącznie do 20 Grudnia 1884.

Dla użytku lekarzy i studentów medycyny wydane zostały i znajdują się w handlu:

J. COHNHEIMA: ***Odczyty z patologii ogólnéj.***

Przekład z 2go przerobionego wydania z 1882 r. **Trzy tomy.** T. I str. 608. T. II str. 262. T. III str. 340.—Spis alfabetyczny str. 20. — Ogółem **76½ arkuszy** druku.—**Cena 5 rs.**

S. JACCOUD: ***Wykład patologii szczegółowéj.***

Przekład z 7go wydania z r. 1883 Dzieło ozdobione drzeworytami i tablicami chromolitograficznemi. **Trzy tomy.** T. I str. 928. T. II str. 984. T. III str. 961.—Ogółem **185 arkuszy druku. Cena rs. 13.**

Skład główny w księgarni Gebethnera i Wolffa.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	" 4 " 40 "	" " " " 3 "	" 8 "	" 12 "
	Kwartalnie	" 2 " 20 "	" " " " 1½ "	" 4 "	" 6 "

Kraków, 6 grudnia 1884. **№ 49.** Rok XXIII.

I. Sześć laparotomij wykonanych z powodu niedrożności jelit.

Opisał prof. Dr. A. Obaliński w Krakowie.

W obec świeżo przez Dra Schramma ogłoszonego studyjum klinicznego z kliniki prof. Mikulicza (Pamiętnik Tow. lek. warszawskiego z r. 1884, zeszyt 1 i 2 i w *Archiv. f. klin. Chirurgie* t. XXX, zeszyt 4), w którém znajdujemy wyczerpująco przedstawiony stan obecny nauki o laparotomii w niedrożności jelit, byłoby zbytecznem zastanawiać się nad tym przedmiotem, gdyby nie okoliczność, że właśnie pilne rozpatrzenie się w téj znakomitéj pracy naprowadza na myśl, że na tém polu jest jeszcze wiele do zrobienia.

Przedewszystkiém zaś uderza, że dotychczasowa kazuistyka dotyczących przypadków jest jeszcze bardzo skąpą a każdy to przyzna, że jedynie na podstawie licznych sumiennie postrzeganych przypadków, chociażby nawet niekorzystnych ale rozbiorem zwłok wyświeconych, możemy dojść do ustalenia tak wskazań, jakoteż i metody téj niewątpliwie zbawiennéj operacyi.

Tylko wnioski oparte na znacznym materyjale statystycznym mogą imponować i zdołają uprzedzenie niektórych lekarzy jakoteż i leczących się przezwyciężyć. — Tak samo miała się rzecz i z innemi operacyjami, jak np. z tracheotomiją i owaryjotomiją, a jednak przy niezmordowanéj wytrwałości chirurgów utorowały one sobie drogę już raz na zawsze i dzisiaj żaden lekarz do nich się więcéj nie uprzedza.

Temi zasadami powodowany przystępuję do omówienia moich sześciu przypadków, z których cztery operowałem w szpitalu św. Łazarza, jeden w tutejszym szpitalu garnizonowym i jeden w domu prywatnym.

1. Aron A., 20-letni szmaciarz z Cieszanowa, przybył ztamtąd za poradą lekarza powiatowego Dra Wursta rannym pociągiem 18 września rb. wprost do oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza, gdzie zaraz zbadany przezemnie wspólnie z prymaryjuszem Drem Paszkowskim okazywał stan następujący: U dobrze odżywionego i dobrze zbudowanego młodzieńca, który od czasu do czasu zrywa się z powodu bólu i chwyta rękami za brzuch lub w kłębek się zwija, znaleźliśmy obok prawidłowych stosunków w organach krążenia i oddychania zmiany dotyczące głównie przewodu pokarmowego. Język obłożony, brak apetytu, odbijania, nudności, czasem a osobliwie po przełknięciu czegoś wymioty lecz niekałowe; brzuch wzdęty znacznie więcéj po bokach niż około pępka, wątroba i śledziona ku górze wyparte, wypuk na całéj powierzchni brzucha jawny wysoki; jelito poprzeczne cieniuje się bardzo wyraźnie przez powłoki brzuszne; przy obmacaniu, które natychmiast wywołuje napad bólu, nie można nigdzie w głębi jamy brzusznéj wymacać jakiś guz lub nawet miejsce znaczniejszy opór stawiające. Przy wstrząsaniu brzucha słychać wodowietrzny odgłos pochodzący od przelewającego się płynu wśród rozszerzonych jelit, który czasem dobrowolnie powstaje. Mimo to siły chorego dosyć dobre, czego najlepszym dowodem, że o 40 mil w czwartym dniu przyjechał koleją a z dworca pieszo przybył do szpitala. — Z wywiadów nadmienić wypada jeszcze o jednéj ważnéj okoliczności, tj. że pacyjent miał już kilkakrotnie zapadać w odstępach kilkutygodniowych na podobne jak obecne przypady, które jednak dotąd zawsze ustępowały po kilkogodzinném trwaniu.—Na podstawie takiego stanu obecnego rozpoznawaliśmy niedrożność kiszek grubych najprawdopodobniéj przez skręcenie powstałą i postanowiliśmy, pomimo że na miejscu były już użyte różne środki przeczyszczające, jeszcze kilkakrotnie zastósować wlewanie znacznych ilości płynów za pomocą głęboko wprowadzonéj sondy gardzielowéj i lejka Hegara. — Gdy mimo takiéj procedury, wśród któréj zdawało się nawet, że koniec sondy przechodzi jakby przez schód, przypady nie tylko się nie zmniejszały, ale niektóre z nich, jak wzdęcie brzucha i osłabienie ogólne, nawet się wzmogły a przytém nowe wystąpiły, jak: wolny płyn w jamie brzusznéj i podniesienie się ciepłoty do 38°C., przystą-

piłem zaraz rano dnia 19go września do laparotomii po zadosyćuczynieniu wszystkim warunkom antyseptyki.—Cięcie w linii białéj 12 cm. długie, poczém wysunęły się zaraz mocno rozdęte lecz zaledwie blado-różowe kiszki grube, po taśmie podłużnéj na wolnym brzegu jako takie rozpoznać się dające a obok nich wylało się około 200 grm. płynu jasnocisawego niemętnego. — Rozdęcie wydobytéj pętli było tak znaczne, że aby umożebnić sobie rozpatrzenie w stosunkach jamy brzusznéj, zmuszony byłem nakłóć kiszkę trójgrańcem probierczym, za pomocą którego wypuściłem znaczną ilość gazów śmierdzących i nieco kału rzadkiego, poczém pętla nieco opadła. Teraz mogłem wprowadzić prawą rękę do zatoki biodrowéj lewéj a ztąd do małéj miednicy, odszukałem prostnicę, posuwałem się po niéj ku górze, któryto ruch doprowadził mnie do owéj właśnie pętli rozdętéj, o któréj poprzednio była mowa. Wśród téj pętli wyczuć się dawał w głębi sznurek naprężony od góry i lewéj ku dołowi i prawéj stronie przebiegający, po wydobyciu którego przekonałem się, że był dwa razy około swéj osi skręconém śródjeliciem przyokrężném, skutkiem czego światło kiszki esowatéj w dolnéj swéj części zostało zniesioném. Poniżéj kiszka zapadnięta, powyżéj zaś rozdęta począwszy od górnéj połowy kiszki esowatéj aż do jelita czczego, które położone pod owem wyprężoném śródjeliciem było zapadłe. Po odkręceniu raz i drugi owego skrętu dało się wprawdzie śródjelicie wyprostować, mimo to nie miałem jeszcze pewności, czy to skręcenie bylo jedynym powodem zaparcia jelit w niniejszym przypadku, gdy niezwykłe wydarzenie dało tego niezbity dowód, oto podczas próby wprowadzenia jelita odkręconego puścił się otworem stolcowym w znacznéj ilości kał rzadki i bardzo cuchnący. Dla tego czémprędzéj odprowadziłem jelito, oczyściwszy je dokładnie w miejscu nakłócia i zaszyłem ranę szwem trójrzędowym, tj. otrzewnę szwem kuśnierskim, katgutowym, pokład mięsny czterema szwami płytkowemi a skórę szwem kuśnierskim jedwabnym.— Z wyjątkiem narzędzi, które leżały w 3% wodzie karbolowéj, wszystko inne było odrażane rozczynem sublimatu z tymolem (1:0,50:2000). Przebieg pooperacyjny był bardzo prosty. W dwanaście godzin po operacyi drugi stolec, ustąpienie wszystkich bólów, poty obfite, sen spokojny.

Piątego dnia odjęto szwy płytkowe, ósmego szew jedwabny, a dziesiątego odjechał rekonwalescent w stanie zupełnego zdrowia.

2. Karol K., lat 63 liczący, stolarz, przeniesiony został w dniu 19 grudnia 1883 r. z oddziału prof. Pareńskiego, który po dwudniowéj obserwacyi rozpoznał wgłobienie kiszek. Cierpienie rozpoczęło się 14 grudnia od bólu brzucha, wzdęcia, nudności, do których wreszcie przystąpiły wymioty kałowe i brak stolca.

Badanie brzucha wykazało wzdęcie miernego stopnia przeważnie po bokach, mniéj zaś w okolicy pępka. Po stronie lewéj po nad i równolegle z więzom Pouparta obrzęk elastyczny nieco przy dotyku bolesny a przy wypuku równie jak i reszta brzucha odgłos bębenkowy wykazujący. Badanie palcem przez kiszkę stolcową nie daje bliższych wyjaśnień. W płucach i sercu nic nieprawidłowego, ciepłota niepodwyższona, tętno drobne nikłe, zapad wyraźny, osłabienie znaczne.

Jakkolwiek z góry można było powiedzieć, że tak znaczne osłabienie w obec trwania choroby od dni pięciu będzie odpowiadało rozpoczętéj już sprawie zapalnéj w otrzewny, to jednak wychodząc z zasady, że *„melius remedium anceps, quam nullum,“* przystąpiono po wstrzyknięciu kilku strzykawek eteru pod skórę do laparotomii. Po zachloroformowaniu i przecięciu ściany brzusznéj w linii białéj znalazłem w lewéj zatoce biodrowéj guz w jelicie niezwykły opór stawiający. Miejsce to wydobyte na zewnątrz było przeszło 30 cm. długie i okazało się jako wgłobienie jelita biodrowego w pobliżu kiszki ślepéj. Wysuwanie musiałem wykonywać bardzo ostrożnie z powodu licznych miejsc szarych zapadłych, z powodu których zmuszony byłem resekować jelito w długości około 90 cm. Odprute śródjelicie popodwiązywałem katgutem, końce jelit zespoiłem szwem dwurzędowym również katgutowym. Reszta jelit była koloru czerwonego, w jamie brzusznéj kilkaset gramów płynu ciemnego mętnego.

Po dokładném oczyszczeniu jamy brzusznéj i posypaniu miejsca resekowanego proszkiem jodoformowym zeszyłem brzuch szwem trzyrzędowym. Do antyseptyki użyłem sublimętu (1:1000).—Zaraz po operacyi miał się chory dosyć dobrze, nawet tętno znacznie się poprawiło. W kilka godzin późniéj oddał operowany po dwakroć stolec. Dopiero w dwanaście godzin po operacyi zaczął znowu słabnąć i umarł w 24 godzin po operacyi. — Z protokółu sekcyjnego (prof. Browicz) wypada mi tylko wyszczególnić, że przyczyną śmierci było świeże ostre zapalenie otrzewny i że końce jelita biodrowego resekowanego bardzo dobrze były zespojone.

3. Bronisława B., lat 18 licząca szwaczka, przybyła na oddział chirurgiczny w dniu 23 stycznia 1884 r. z oddziału wewnętrznego prof. Pareńskiego, który na podstawie obserwacyi dwudniowéj rozpoznał niedrożność jelit.

Wywiady wykazały, że pacyjentka doznawała często zaparcia stolca; przed czterema tygodniami wystąpiło ono wybitniéj niż kiedykolwiek i w towarzystwie wymiotów, lecz uśmierzyło się po trzech dniach. — Przed tygodniem wystąpiły te same objawy, a mianowicie po zjedzeniu kiszki i tym razem już nie tylko nie ustępowały, ale się coraz bardziéj wzmagały.—Badanie w dniu 23 stycznia 1884 przedsięwzięte wykazało: U dziewczyny dobrze zbudowanéj i odżywionéj widzimy twarz zapadniętą i boleść wyrażającą. Chora ciągle stęka i od czasu do czasu wskazuje na brzuch jako przyczynę bólu. Obok tego stwierdzono m a j a c z e n i a i z r y w a n i a s i ę. Ciepłota ciała prawidłowa 37·5°C. Tętno nikłe 120 uderzeń na minutę. Brzuch znacznie wzdęty, przy dotyku bolesny, kształtu kulistego; przy wstrząsaniu słychać przelewający się płyn. Przy wypuku stwierdzono w niektórych miejscach stłumienie, w innych zaś wysoki metaliczny odgłos; miejsca te zmieniały się stósownie do położenia. Wymioty kałowe; brak stolca od 6 dni pomimo różnych środków w domu i szpitalu użytych.

W obec tego stanu nie pozostawało nic innego jak przystąpić do laparotomii, którą téż natychmiast wykonałem. Cięciem 12cm. długiém w linii białéj otwarłem brzuch, poczém pokazały się jelita rozdęte wiśniowo zabarwione tu i owdzie włóknikiem pokryte. Gdy ręka we wszystkich kierunkach przesunięta nie natrafiła na nic szczególniejszego, postanowiłem iść za jelitem cienkiém ku kiszce ślepéj i rzeczywiście w samém jéj pobliżu znalazłem taśmę grubości palca ze sieci utworzoną i gdzieś w miednicy po stronie prawéj uczepioną, która uciskając na jelito biodrowe tuż powyżéj kiszki ślepéj zupełnie je zamknęła. Taśmę ową przeciąwszy uwolniłem uwięźnione jelito, które jeszcze zdawało się być zdolném do życia. Gdy jednak wysunięte podczas szukania dwa metry jelita, które tymczasem w aseptyczne ujęto serwety, starałem się napowrót do jamy brzusznéj wprowadzić, pękła jedna pętla właśnie w tém miejscu, w któ-

rém zamyślałem wykonać punkcyję. Wydobyło się dużo gazów i rzadkiego kału, który szczelnie schwytano do podstawionych miedniczek, miejsce zaś pęknięte przewiązano katgutem i dla większéj pewności zespojono nad niém otrzewnę kilkoma szwami. Po dokładném oczyszczeniu i odprowadzeniu téj ostatniéj pętli zaszyto ranę trzyrzędowym szwem i nałożono opatrunek antyseptyczny. Po przebudzeniu się choréj, znalazłem stan taki jak przed operacyją; bóle i majaczenia nie ustawały, zapad coraz widoczniejszy. Mimo użytych środków skrzepiających nastąpiła śmierć w 24 godzin po operacyi.

Z protokołu sekcyjnego wyjmuję następujące daty ważniejsze: Po otwarciu jamy brzusznéj okazały się jelita ułożone prawidłowo, otrzewna mocno zaczerwieniona pokryta cienką warstwą wypociny włóknikowéj, ztąd jelita dosyć silnie z sobą pozlepiane. Obok wypociny włóknikowéj znajduje się w jamie brzusznéj mała ilość cieczy mętnéj, krwawéj. Otrzewna jelita cienkiego zaczerwieniona, podbiegnięta krwawo na licznych bardzo miejscach. Sieć w dolnéj swéj części rozszczepana na dwie odnogi, w których jedna biegnie ku jajnikowi prawemu i z nim spojona dosyć silnym zrostem dawnym. Druga odnoga biegnie poprzecznie przez jamę brzuszną i jest przerwana, koniec jéj jednak można wykazać spojony ze zgięciem esowatém. Mniéj więcéj na cal od kiszki ślepéj okazuje się jelito cienkie zcieńczałe, światło jego w tém miejscu węższe. Cała ściana jelita zajęta mnóstwem wybroczyn. Wśród błony śluzowéj jelita cienkiego liczne wybroczyny, błona rozpulchniona, mocno przekrwiona. Kępki Payerowskie i gruczoły odosobnione powiększone, wystające nad powierzchnię jelita, miękkie, rdzewiaste i licznemi wybroczynami zajęte. Na miejscu niektórych kępek ubytki o dnie nierówném chropawém. Rozpoznanie anatomiczne: *Peritonitis fibrinoserosa. Typhus abdominalis in stadio infiltrationis. Residua peritonitidis. Perimetritis. Oophoritis. Hyperaemia pulmonum. Degeneratio adiposa cordis, hepatis et renum.*

4. Emil D., 19-letni subjekt handlowy, przybył do szpitala w dniu 13 lipca 1884 i opowiada: że choroba jego rozpoczęła się przed kilku dniami od nagłego silnego w napadach powracającego bólu w brzuchu, i że od tego czasu nie było stolca pomimo różnych użytych środków. Z kilkodniowéj obserwacyi Dra Jodłowskiego jakoteż narady wspólnéj odbytéj w dniu 12 lipca b. r. z tymże i prymaryjuszem Paszkowskim podać mogę następujące szczegóły: Brzuch miernie wzdęty, przy dotyku bolesny, przy wypuku wszędzie odgłos bębenkowy wykazujący, zdaje się jakby ponad lewym więzem Pouparta był nieco wysadzonym. Wymioty od czasu do czasu osobliwie po napiciu się czego, lecz niekałowe. Ciepłota ciała prawidłowa, tętno nikłe, 120. Pod wrażeniem takiego stanu obecnego i wywiadów rozpoznaliśmy niedrożność jelit, nie mogąc bliżéj określić rodzaju tegoż i postanowiliśmy przystąpić dnia następnego do laparotomii. Jakież było moje zdziwienie, gdy po przecięciu ściany brzusznéj pokazała się w głębi gęsta ropa, wydobywając się powoli z pomiędzy posklejanych ze sobą jelit. Widząc taki stan rzeczy zdecydowałem się do natychmiastowego zeszycia rany, gdyż sądziłem i sądzę, że tylko w razie wolnéj wypociny ropnéj można próbować jamę brzuszną oczyścić, wydrenować i tym sposobem skutek dobry osiągnąć. Pacyjent żył jeszcze 30 godzin. Sekcyja wykazała, że w wyrostku robaczkowym znajdowało się ciało obce (koprolit), które sprowadziło najprzód chroniczne zlepne zapalenie otrzewny, następnie owrzodzenie wyrostka i ropne zapalenie, którego początek przypadł zapewne na owo gwałtowne wystąpienie bólów z równoczesnemi objawami niedrożności jelit.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

Gorzykwiat wiosenny i konwalija majowa jako leki zastępujące naparstnicę.

(Według wykładu na posiedzeniu Tow. lek. krak. w dniu 15 października 1884).

Podał Dr. Wł. Antoni Gluziński.
I asystent kliniki lek.

(Dokończenie. Patrz Nr. 48).

W innym kiernnku na uwagę załuguje następujący przypadek:

VII. A. S., lat 40. Oprócz zimnicy innych chorób nie przebywał. Od roku kaszel i napady duszności. Zgłosił się do kliniki d. 11 listopada 1883 r. w następującym stanie.

Budowa dobra. Twarz i odnogi dolne obrzękłe. Wargi sinawe. Klatka piersiowa beczułkowata. Oddech nasilony. Granice płuc znacznie obniżone. Nieżyt w płucach rozległy. Obustronna opuchlina piersiowa. Stłumienie serca w rozmiarze poprzecznym nieco zwiększone. Tony wszystkie głuche, ale czyste. Tętno liczne, miękkie. Śledziona niepowiększona, wątroba znacznie przy dotyku bolesna. W jamie brzusznéj wolny płyn. Ilość moczu skąpa, zawiera ślad białka, bez morfotycznych składników.

Cały więc stan chorego przedstawił się jako: *Emphysema pulm. major. gradus; bronchitis diffusa subq. dilatatione cordis dextri, hyperaemia passiva hepatis et renum et hydrope universali.*

Aby skrzepić akcyję serca, a więc i prawą komórkę, któréj osłabienie wywołało te objawy niedomogi, podano choremu *Extr. Conval maj.* 1·50:150. Gdy dwie dawki pozostały bez skutku widocznego, zastósowano *inf. fol. digit.* 1·50:200. Zwolna kompensacyja się wytwarzała, dowodem tego zwiększona ilość moczu, obniżenie jego ciężaru gatunkowego, lepsze napięcie i zwolnienie tętna, ustępowanie opuchliny, a w związku z tém polepszenie się uczucia podmiotowego. Podane wtedy *Extr. conval. maj.* spotęgowało jeszcze to dodatnie działanie naparstnicy podnosząc ilość moczu z 1100 cm. na 2500, a chory na własne żądanie w stanie znacznie lepszym opuścił klinikę.

Dzień	Ilość moczu w cm.	C. gat.	Licz. tęt. rano	Licz. tęt. wieczór	Leczenie
12 List.	40	1·040	88	88	Extr. conval. maj. 1·50:200
13 „	330	1·035	88	90	„
14 „	300	1·037	92	90	Inf. fol. digit. 1·50:200
15 „	210	„	78	74	„
16 „	400	1·041	90	?	„
17 „	600	1·032	80	66	„
18 „	1100	1·024	66	80	Extr. conval. maj. 1·50:200
19 „	2400	1·017	90	80	„
20 „	2500	1·009	80	—	opuszcza klinikę

W przypadku więc tym zastósowana konwalia majowa z początku nie działała, dopiero po poprzedniém skrzepieniu akcyi serca przez naparstnicę działanie téj ostatniéj nie tylko się utrzymała, ale nawet podniosła.

VIII. F. S., lat 25. Zawsze zdrów, służył w wojsku. Dopiero przed $1\frac{1}{2}$ rokiem począł pluć krwią, wkrótce do tego przyłączyło się bicie serca a przed kilku tygodniami wystąpiły silna duszność i opuchlina, która się ciągle wzma-

gała. Ze stanu, jaki chory przy przyjęciu w d. 7 listopada 1883 przedstawiał, wyjmuję najważniejsze szczegóły: Opuchlina ogólna. Policzki i wargi sine. Lekka żółtaczka. Żyły szyjne wypełnione. Oddech ciężki. W narządzie oddechowym rozległy nieżyt szczególniéj w częściach dolnych; w górnéj części płuca lewego objawy zawału (chory obecnie pluje krwią). Obustronna opuchlina opłucnowa. Wstrząśnienie w okolicy serca jest słabe, występuje na znacznéj przestrzeni, najwyraźniejsze jest w 5 przestworze międzyżebrowym na wewnątrz od sutka. Obmacanie wykazuje skurczowy koci mruk. Stłumienie w okolicy serca przedstawia trójkąt wierzchołkiem sięgający do górnego brzegu 3go żebra, a spoczywający na podstawie 16 cm. długiéj, ciągnącéj się wzdłuż 6go żebra na 3 cm. po za linię sutkową lewą, a $3^1/_2$ po za linię środkową ciała. Nad komórką lewą skurczowy długi, rozkurczowy krótszy szmer; nad tętnicą główną i płucną 2 głuche tony obok udzielonych szmerów. Tętne 100, słabe. Brzuch wzdęty od wolnego płynu. Wątroba powiększona, bolesna. Ilość moczu 360 cm. sześć.; ślad białka.

Rozpoznanie: *Insuff. valv. mitr. et stenosis ostii ven. sinistri in stadio incompens. Infarct. pulm. sinist.*

Jak tabliczka niżéj podana wykazuje w przypadku znów tym ani konwalija (3 dawki), ani naparstnica (3 dawki), ani środki podniecające nie zdołały przywrócić kompensacyi, owszem wśród leczenia opuchlina się powiększyła. Jeden tylko gorzykwiat podniósł ilość moczu, zwolnił liczbę tętna i podniósł jego napięcie, może być, że przy dalszém stósowaniu tego ostatniego leku chociaż w części dałaby się osiągnąć poprawa, chory jednak zmuszony sprawami domowemi usunął się od dalszéj obserwacyi.

Dzień	Ilość moczu w cm.	C. gat.	Licz. tęt. rano	Licz. tęt. wieczór	Ciężar ciała w klgrm.	Leczenie
8 List.	360	1·028	100	96	67 35	Inf. flor. Conv. 5:200
9 „	420	„	92	88	—	„
10 „	310	1·030	92	92	67 20	„
11 „	400	„	88	100	67·40	Aether acet. 4:200
12 „	600	„	96	92	67·85	„
13 „	450	„	100	92	68	„
14 „	400	1 032	92	92	68·50	Inf digit. 1:200
15 „	400	„	92	92	—	„
16 „	450	„	88	92	—	„
17 „	400	„	88	80	—	Inf. adon. ver. 4:200
18 „	550	1·027	80	80	68 70	„
19 „	600	„	80	84	—	opuszcza klinikę

IX. J. K., lat 22. Zawsze zdrowa. W jesieni r. 1883 wypadła z łódki do rzeki, wyciągnięto ją nieprzytomną. Od tego czasu nie mogła już wrócić do pierwotnego stanu zdrowia. Kolejno wystąpiły bicie serca, duszność, opuchlina znacznego stopnia. W d. 2 maja rb. zgłosiła się do kliniki.

Szczegóły obchodzące nas ze stanu choréj są następujące:

Skóra blada, chłodna, wszędzie silnie obrzękła. Na policzkach, wargach i odnogach sinica. Oddechy nasilone. Rozległy nieżyt. Obustronna opuchlina opłucnowa. Uderzenie serca słabo wyczuwalne w 5 przestworze międzyżebrowym nieco na zewnątrz linii sutkowéj lewéj. Stłumienie sięga od 3—6 żebra, na prawo przekracza $4^1/_2$ cm. linię środkową ciała, na lewo 2 cm. linię sutkową lewą przechodząc po za uderzenie końca serca. Nad komórką lewą słaby skurczowy szmer, rozkurczowy nieczysty głuchy ton; nad tętnicami i komórką prawą prawie niedosłyszalne tony, których dokładnie określić nie można. Tętno 120 na minutę, ledwo wymacać się dające. Brzuch bardzo znacznie powiększony w skutek nagromadzonego wolnego płynu. Dolnego brzegu wątroby ani wymacać ani wypukiem oznaczyć nie można. Śledziona rozmiarów prawidłowych. Od dwóch dni chora moczu wcale nie oddała; odjęty cewnikiem w ilości 150 cm. sz. o c. g. 1·031, zawierał ślad białka dobrze spostrzegalny, bez morfotycznych składników.

Rozpoznanie: *Insuff. valv. bicusp. in stadio compl. incomp. Degeneratio adiposa cordis.*

W leczeniu zwrócono się naprzód ku środkom podniecającym z ujemnym wynikiem, zastósowane obok tychże w dalszym ciągu gorzykwiat (4 dawki) 8:200, naparstnica (4 dawki (1:200), wyciąg cebuli morskiéj (3 dawki) 0·30:200, nie zdołały ani na chwilę skrzepić akcyi serca. Szybkim krokiem chora zbliżała się ku niepomyślnemu zwrotowi przedstawiając znany przykry stan końcowy wad sercowych i w d. 18 maja zakończyła życie.

Sekcyja dokonana w zakładzie prof. Browicza wykazała: *Myocarditis fibrosa musculorum papill. ventriculi sinistri sequente insuff. valv. bicusp. Hypertrophia totius cordis, praecipue dextri et atrii sinistri et degeneratio musculi cordis adiposa. Endocarditis verucosa recens valv. sem. aortae. Hydrops universalis insignis, praecipue hydrops anasarca cum eczemate et ulceratione regionum inguinalium, ascites, hydrothorax et hydropericardium. Oedema acut. pulm. cum compressione et atelectasi marginum infer. eorum ex hydrothorace. Hyperaemia passiva meningum et cerebri oedematici. Catarrhus ventriculi et intestinorum chronicus.*

Przypadek ten z ujemnym wynikiem przytoczyłem dlatego, aby nie ukrywać, że jest naturalnie pewna granica możebności w działaniu wspomnianych leków, tj. gdy zwyrodnienie mięśnia sercowego dosięga znacznego stopnia, gdy i podana naparstnica (dotychczasowe *ultimum refugium* w takich razach) i środki podniecające pozostają bez skutku.

Na podstawie przytoczonych historyj chorób, wyjętych z liczniejszego materyjału, możemy o obydwóch tych środkach użytych w niekompensowanych zboczeniach narządu krążenia wypowiedzieć następujące uwagi:

Wśród używania tych dwóch środków uderzenia serca stają się wyraźniejsze i spokojniejsze, co do liczby mniéj częste, z czém w parze idzie lepsze napięcie tętnic i zmniejszenie się lub ustąpienie arytmii, jeżeli takowa poprzednio istniała. Rozmiary serca, szczególniéj komórki prawéj, powiększone wskutek rozszerzenia jam sercowych, maleją. Wobec zjędrnienia czynności serca tony lub szmery stają się wyraźniejsze. W związku z tém zjędrnieniem mięśnia sercowego ilość dzienna moczu wzrasta nieraz z 300cm.sz. na 2000—3000cm.sz., a z powiększeniem ilości opadu i ciężar gatunkowy moczu. Od chwili większego wypełnienia tętnic a ztąd powiększenia się ilości moczu ustępują także i inne objawy zaburzonéj kompensacyi, jak opuchlina powłok i jam surowiczych, sinica i zastój w płucach i w wątrobie. Ciężar ciała w skutek tego dość szybko opada (dość przytoczyć przypadek IV, gdzie w ciągu miesiąca wynosiła różnica w ciężarze 24 klgrm.) Obok tych przedmiotowych wyników lekowania i podmiotowo czują się chorzy swobodniejsi, uczucie bicia serca zmniejsza się, łaknienie wraca, a duszność, ten dokuczliwy przypad niekompensowanych zboczeń narządu krążenia, maleje lub ustępuje zupełnie. Pierwsze objawy tego skutecznego działania rozpoczynają się już po 1—2 dawkach. Jedném słowem możemy śmiało powiedzieć, że obydwa środki są w stanie sprowadzić kompensacyję serca, gdzie w ogóle jeszcze jest możebném.

Dzieje się to jednak nie zawsze i nie w równéj mierze. Widzieliśmy przypadki i z zupełnie ujemnym wynikiem; w jednych z nich (np. przypadek IX) zwyrodnienie mięśnia sercowego osiągnęło tę granicę, że i naparstnica nie zdołała skrzepić już czynności serca; w innych (np. przypadek IV, VII) trzeba było podnieść działanie serca poprzednio 1 lub 2 dawkami naparstnicy, a po odstawieniu takowéj, gdy czynność serca napowrót opadać poczęła, zastosowany dopiero gorzykwiat lub konwalija dzielnie podtrzymywały skuteczne działanie naparstnicy, nawet takowe podwyższały zwalniając często liczbę tętna, a zwłaszcza podnosząc jego napięcie i zwiększając ilość moczu. Dodajmy tu jednak od razu, że w innych znów przypadkach (np. III. VI, VIII) naparstnica mimo kilkodniowego podawania pozostała bez skutku, gdy gorzykwiat lub konwalija wywarły zbawienny wpływ na wadliwą kompensacyję. Z zachowania się tego wnosić możemy, że, mimo niezaprzeczonych wspólnych cech tych 3ch środków, t. j. naparstnicy, gorzykwiatu i konwalii, musi istnieć między nimi pewna różnica w działaniu, (o któréj co do gorzykwiatu wspomina już Bubnow, co do konwalii Stiller), skutkiem któréj w pewnych razach jeden środek nie działa, gdy drugi korzystny wpływ wywiera. Różnicy téj na podstawie dotychczasowych spostrzeżeń nie można jeszcze dokładnie określić, nie można więc nacechować dokładnie wzajemnego stosunku tych 3ch leków do siebie pod względem siły działania. O ile jednak uprawnia do wniosku ogólne wrażenie, jakie odnieśliśmy z dosyć licznych doświadczeń, to naparstnicy należy się w każdym razie pierwszeństwo. Są jednak pewne właściwości gorzykwiatu i konwalii, które obok niezaprzeczonéj skuteczności dają im racyję bytu i winny je wprowadzić w użycie obok naparstnicy, a mianowicie: 1) brak wybitniejszych przypadów ze strony przewodu pokarmowego nawet po dłuższém używaniu, (czasem biegunka, raz tylko nudności), w czém znów na pierwszeństwo zasługuje gorzykwiat, 2) brak zbiorowego działania mimo nieraz kilkonastodniowego podawania leku bez przerwy, pod którym to względem pierwszeństwo przyznać trzeba także gorzykwiatowi, tak że co do siły działania i innych leczniczych przymiotów ułożyłbym te leki w szereg następujący: naparstnica, gorzykwiat, konwalija. Zbierając razem poczynione uwagi następujące wnioski z doświadczeń naszych można wysnuć:

1) Gorzykwiat i konwalija działają w ogóle skutecznie, podane wśród wskazań znanych dla naparstnicy.

2) Pod względem siły działania nie przewyższają po większéj części naparstnicy, mają jednak własności inne dodatnie, jak nieszkodliwy wpływ na przewod pokarmowy i brak zbiorowego działania, a pod temi względami gorzykwiat zasługuje na pierwszeństwo przed konwaliją.

3) Jest pewna różnica, bliżéj nie dająca się określić w działaniu tych środków, w skutek któréj w pewnych przypadkach, gdzie naparstnica nie działa, działa gorzykwiat lub konwalija i na odwrót lub też, że poprzednio trzeba skrzepić akcyję serca jednym środkiem, aby wpływ drugiego mógł się okazać.

Przy użyciu wspomnianych dwóch środków należy się więc kierować następującemi wskazówkami praktycznemi:

We wszystkich przypadkach zbaczającéj kompensacyi, jeżeli naparstnica okazała się nieskuteczną, należy jeszcze próbować przywrócić kompensacyję przez podanie gorzykwiatu, a gdy ten nie działa, konwalii, z należytém naturalnie uwzględnieniem tych przypadków, w których środki podniecające są wskazane.

W przypadkach wymagających dłuższego użycia ze względu na przewód pokarmowy i obawę zbiorowego działania należy albo odrazu zastosować jeden ze wspomnianych dwóch środków, albo w razie ujemnego działania skrzepić poprzednio czynność serca 1 lub 2 dawkami naparstnicy, a dalsze działanie podtrzymywać gorzykwiatem lub konwaliją, które wtedy nieraz jeszcze dzielniéj działają niż naparstnica.

W przypadkach, w których chory nie może zostawać pod bezpośrednią kontrolą lekarza, tak konieczną przy używaniu naparstnicy, dla braku zbiorowego działania na pierwszeństwo zasługują gorzykwiat i konwalija.

Kończąc uwagi nad wspomnianemi dwoma lekami mogę śmiało powiedzieć, że, o ile sięga doświadczenie zebrane w klinice prof. Korczyńskiego, tak gorzykwiat jak i konwalija zasługują na to, aby ich częściéj niż dotąd używano obok naparstnicy w leczeniu wad sercowych w ogólniejszém słowa znaczeniu.

III. Z kliniki chorób skórnych i wenerycznych prof. Rosnera.

Sprawozdanie naukowe z ruchu chorych w téjże klinice w ciągu roku szkolnego 1883 i 1884.

Podał Dr. Leon Kopff
asystent kliniki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 48).

III. *Syphilis tardiva.*

Na kiłę późną leczono w ciągu dwóchlecia sprawozdaniem objętego 36 chorych, tj. 20 mężczyzn i 26 kobiet. Nadmienić tutaj muszę, że tylko tacy chorzy dostawali się do naszéj kliniki, u których występowała przeważnie postać kilakowa, tworząca owrzodzenie skóry lub też zmiany w gardle i kości. Znaczna liczba chorych ze zmianami kiły późnéj znajdowała pomieszczenie w oddziale chorób wewnętrznych, lub w oddziałach chirurgicznym i chorób umysłowych. Tak więc usuwały nam się z pod badania po większéj części wszelkie zmiany kiły późnéj w narządach wewnętrznych. Tym sposobem więc sprawozdanie nasze z tego zajmującego działu chorób kiłowych musi być jednostronném.

Kiła trzeciorzędna objawiała się w naszych przypadkach najczęściéj w postaci kilaków, lub też owrzodzeń, powstających skutkiem ich rozpadu. Rzadziéj napotykaliśmy zmiany w kościach, systemie nerwowym i w ogóle w narządach wewnętrznych, najczęściéj zmiany kiłą późną wywołane w gardle, w krtani, a następnie w tkance skóry jakotéż i w tkance podskórnéj na podudziach, ramionach, piersiach itd. Stosunkowo rzadko występowały kilaki na nosie lub w jamie nosowéj, tylko w 6 przypadkach, u 4 mężczyzn i 2 kobiet. W 3 przypadkach siedliskiem kilaka było prącie. Przypadki takie są bardzo ważne, ze względu, że można łatwo pomięszać wrzód kilakowy z wrzodem zaraźliwym miękkim lub też z wrzodem kiły pierwotnéj. Z tego powodu na wzmiankę zasługuje przypadek następujący:

J. K., urzędnik lat 25 liczący, przybył do nas w połowie stycznia rb. Opowiada, że we wrześniu utworzył mu się duży wrzód na żołędzi o wejrzeniu słoninowatém, który rozszerzył się do ujścia cewki moczowéj i sprowadził stulejkę. Lekarz rozpoznał wrzód twardy. Leczenie było czysto ze-

wnętrzne. W październiku wystąpić miała wysypka krostkowa po całém ciele. Chory przebył wtedy leczenie przeciwkiłowe. Przed trzema laty miał wrzód na żołędzi, który uważano za wrzód miękki, i leczono go téż odpowiednio. W kilka tygodni potém miało chorego boleć gardło, ale uważając to za objaw zwykły nieżytowy, nie szukał pomocy lekarskiéj. Wysypki ani kłykcin sączących wtedy nie spostrzegł. Ponieważ wrzód na prąciu nie goił się, a w końcu listopada wystąpiły silne bóle głowy, wzmagające się ku wieczorowi, bezsenność, widoczna utrata pamięci i osłabienie władz umysłowych, przeto chory, z porady lekarza, przybył do kliniki. Badanie w dniu 17 stycznia wykazało: *Ulcus ad glandem penis subseq. phimosi. Ulcera diphtheritica ad fauces. Acne vulgaris per totum corpus disseminata.* Chory jest nadzwyczaj drażliwy. Trudno mu często przypomnieć sobie wyrazów dla oddania myśli, uskarża się na ciśnienie w głowie i ból wzmagający się szczególniéj ku wieczorowi. Polecono wewnętrznie *Natrium jodatum* i odpowiednie leczenie zewnętrzne. Mimo tego ból głowy wzmagał się z dniem każdym, chory widocznie tracił pamięć, był jakby odurzony. W nocy 24 stycznia rozwinęło się porażenie połowicze po stronie lewéj. Chory spostrzegł je dopiero rano, podaje jednak, że najprzód stracił władzę w ręce. Ból głowy utrzymuje się. Polecono okłady zimne na głowę i *Inf. fol. sennae.* 25 stycznia ból głowy mniejszy. Wcierania z 6 grm. szaruchy na dzień. 26 stycznia z powodu lekkiego zapalenia dziąseł wcierania dalsze z 3 grm. szaruchy na dzień. Czucie po stronie lewéj nieco upośledzone, wzrok zupełnie dobry. 28 stycznia wystąpiło częściowe porażenie *nervi abducentis et facialis sinistri.* 29 stycznia do objawów powyższych przystąpiła jeszcze *Alalia* niższego stopnia. 14 lutego ciągle wcierania. Mowa wyraźna powróciła. Bóle głowy ustąpiły. Przytomność umysłu znacznie lepsza, tak, że chory daje teraz niektóre wyjaśnienia o dawniejszym stanie zdrowia swego. 23 lutego po 24 wcieraniach chodzi z wielkim trudem o lasce. W ręce władzy żadnéj. Nerw twarzowy jeszcze porażony. 9 marca, po 40 wcieraniach chodzi dość dobrze, zawsze jednak o lasce, powłócząc nogą lewą. W ręce lewéj cośkolwiek władzy. Porażenie n. twarzowego ustąpiło. Polecono jodek i bromek sodu w równych częściach *(āā* 6.00 na 200 *Aq.).* 15 marca, pogorszenie. Chory znów utracił władzę w ręce. Chodzić nie może tylko z wielką trudnością. Zmiany w gardle zupełnie wyleczone. 16 marca wstrzymano dalsze używanie jodu, polecono znów wcierania po 3 grm. dziennie. 4 kwietnia chory zrobił znów 18 wcierań (razem 58). Polecono jodek potasu (10:200), 3 łyżki dziennie. 11 kwietnia wystąpiły kilaki i owrzodzenia kilakowe na podniebieniu miękkiém. Polecono pędzelkowanie nalewką jodową. Chory chodzi o lasce, zawsze jednak z trudnością. 25 kwietnia władza w ręku o tyle powróciła, że chory może utrzymać w niéj laskę i chodzić przy pomocy dwóch lasek. 10 maja polepszenie bardzo wolno postępuje. Według zdania odwiedzających krewnych chory nie odzyskał jeszcze téj przytomności umysłu, jaką miał dawniéj. 2 czerwca na żądanie rodziny chory opuszcza zakład w takim stanie, w jakim był na początku maja.

Najprawdopodobniéj więc mieliśmy tutaj do czynienia ze zmianą kiłową w naczyniach mózgowych. Za tém przemawiają bóle głowy bez wyraźnego umiejscowienia, poprzedzające czas jakiś porażenie rozwijające się zwolna i mimo energicznego leczenia nieustępujące w zupełności. — Porażenia takie na tle zmian w naczyniach mózgowych występują zwykle w późnych okresach kiły. Nader wyjątkowo zdarzają się porażenia podobne w przebiegu kiły wtórorzędnéj wczesnéj, a wtedy zwykle po odpowiedniém leczeniu ustępują zupełnie. Wystąpienie wreszcie kilaków i owrzodzeń kilakowych na podniebieniu miękkiém przemawia za tém, że chory przed trzema laty nie miał wrzodu miękkiego, lecz twardy (z czém także zgadzać się zdaje lekarz domowy chorego, mający go w opiece w ostatniéj chorobie w liście do nas pisanym), że chory przebył zatém już przed trzema laty kiłę drugorzędną. Teraz zaś wrzód na żołędzi prącia był wrzodem kilakowym, a wszystkie następstwa odnieść należy do kiły późnéj.

Zmiany kiły późnéj błony śluzowéj krtani wystąpiły u naszych chorych 5 razy (u 4 mężczyzn i 1 kobiety). Zmiany te należały do bardzo uporczywych. W jednym przypadku, mimo wszelkiego leczenia, rozpowszechniły się po błonie śluzowéj głośni, na głośni i gardle i prawdopodobnie pociągnęły śmierć za sobą. W dwóch przypadkach (u mężczyzn) kiła późna wystąpiła w postaci charakterystycznych objawów kiły nagminnéj. Obaj chorzy nie przypominali sobie, aby kiedykolwiek mieli wrzód twardy. Twierdzili tylko, że w wiosce ich ojczystéj więcéj osób podobnie choruje. Główném znamieniem téj kiły były rozległe owrzodzenia, zajmujące cały tułów i odnogi dolne. W gardle i w narządach wewnętrznych, jakotéż w systemie gruczołowym, zmian żadnych wykazać nie było można. Charłactwo w miernym stopniu odnieść należy w części znacznéj do złych warunków, w jakich lud nasz górski żyje. W obu przypadkach leczenie rtęcią wewnętrzne i zewnętrzne osiągnęło świetne wyniki. W dwóch przypadkach powstały suchoty płucne w przebiegu kiły trzeciorzędnéj. Nie będziemy się jednak tutaj rozwodzić nad związkiem, jaki zachodzi między jedném a drugiém cierpieniem.

W końcu przytaczam historyję jeszcze dwóch przypadków kiły trzeciorzędnéj, szczególniéj w jednym kiły ciężkiéj, w których róża wikłająca przebieg kiły wpłynęła w sposób szczególniejszy na pierwotną chorobę.

J. F., wyrobnik l. 36 liczący, został przyjęty dnia 6 kwietnia 1883. U chorego dobrze odżywionego znaleźliśmy wtedy na lewém skrzydle nosa obrzęk wielkości śliwki, miękki przypominający trochę obrzęk, jaki wywołuje *Rhinoscleroma,* lecz różniący się konsystencyją znacznie miększą i powierzchnią, pokrytą licznemi wrzodami. Podobny guz lecz mniejszy wychodzi także z przegrody nosowéj. Pod kolanem lewém znajduje się także guz wielkości jaja gołębiego, twardy, nieprzesuwalny, wychodzący prawdopodobnie ze ścięgna mięśnia dwugłowego uda. Na prąciu blizna promienista. Podobna blizna na stronie wewnętrznéj uda lewego i na mostku. Wątroba macalna, konsystencyi zbitéj, o powierzchni jednak gładkiéj, stłumienie jéj zajmuje znacznie większe granice niż w warunkach prawidłowych. Śledziona znacznie powiększona, macalna, o brzegu grubym, zaokrąglonym, zbita. W moczu białka nie ma. W innych narządach zmian żadnych. Chory podaje, że żadnéj choroby wenerycznéj nigdy nie przebywał. Blizny na wewnętrznéj stronie uda, na mostku i na prąciu powstały przed paru laty po guzach, które otworzywszy się sprowadziły głębokie wrzody. Chory dotąd nigdy się na chorobę tę nie miał leczyć środkami wewnętrznemi. Rozpoznano: *Syphilis tertiaria, gummata alae nasi et septi narium, nec non ad internam partem genu. Cicatrices ad internam faciem femoris sinistri et ad penem post ulcera syphilitica.* Polecono *Kalium jodatum* wewnętrznie

a plaster rtęciowy zewnętrznie. Do 15 kwietnia nie zauważano zmian żadnych. 17 kwietnia z okolicy guza na nosie rozwinęła się róża, która pośród zwykłych objawów przy silnêm natężeniu gorączki dochodzącêm do 40,9° C. zajęła całą twarz, skórę głowy włosami pokrytą, kark i część szyi. Usunięto jod i polecono zwykłe leczenie przeciwgorączkowe. 28 kwietnia chory przestał gorączkować, a równocześnie guz na nosie i pod kolanem zaczął się szybko zmniejszać. 3 maja guz na nosie przeszło o połowę a guz pod kolanem znacznie mniejszy. Na tyle głowy guz wielkości jaja gołębiego zbity, bolesny, skóra na nim zaczerwieniona nieprzesuwalna. 5 maja w guzie na głowie wyraźne chełbotanie. Kataplazmowanie. 9 maja guz w okolicy skrzydła nosowego zaledwo jeszcze widzialny, guz pod kolanem zmniejsza się ciągle. W guzie na głowie wybitne chełbotanie. 10 maja otworzono na głowie duży ropień, sięgający aż pod czepiec. Założono opatrunek jodoformowy. 29 maja chory opuścił klinikę zupełnie wyleczony, w miejscu guzów na skrzydle nosowêm w przegrodzie nosa i pod kolanem ani śladu nie pozostało. Zmiany w narządach wewnętrznych jak w czasie przybycia chorego.

Widocznêm więc jest, że w naszym przypadku jedynie tylko róża sprowadziła tak szybkie wessanie guzów kilakowych, i to nie tylko na obszarze, na którêm się rozgościła, ale także i na częściach bardzo odległych, bo pod kolanem. Działaniu jodu nie możemy tego przypisywać, bo chory używał go tylko przez dni ośm po 2 gramy na dzień.

W drugim przypadku mieliśmy prócz zmian kiły trzeciorzędnéj na skórze głównie do czynienia ze zmianami w narządach wewnętrznych.

F. G., l. 26 liczący, służący, przybył 27 lutego 1883 r. Badanie wykazało: *Syphilis tardiva et quidem ulcus gummosum cruris sinistri. Cicatrices numerosae ad truncum et extremitates inferiores post ulcera syphilitica. Paralysis oculomotorii sinistri totalis. Nephritis parenchymatosa. Ascites et anasarca totius corporis.* Chory podaje, że w piątym roku życia został zarażonym i przebył kiłę, co wie od swoich rodziców. W kilka lat później wystąpiły wrzody na ciele, po których obecne blizny. Choroba nerek miała wystąpić mniéj więcéj przed kilku miesiącami. Kiedy wystąpiło porażenie nerwu okoruchowego, chory na pewne podać nie umie, ma już jednak trwać przynajmniéj parę lat. W miejscu obecnego wrzodu na podudziu miał powstać w końcu stycznia obrzęk, który przed tygodniem sam się otworzył. Czy chory był leczony środkami antysyfilitycznemi, nie mogliśmy się na pewne dowiedzieć. Poleciliśmy *Kalium jodatum* 10:200, 2 łyżki dziennie. 1 marca badanie chemiczne moczu wykazało składniki prawidłowe w ilości normalnéj. Białka dość znaczna ilość. W osadzie ciałka ropy dość częste, ciałka krwi pojedynczo, zwiększona ilość śluzu, wałeczki Belliniego dość często. 2/3 opuchlina zwiększa się coraz bardziéj. Wyraźne obrzmienie surowicze podniebienia miękkiego i nagłośni, *hydrothorax, ascites* większy. Mocz krwawy, zawiera znaczną ilość białka, zresztą składniki jak wyżéj prócz znacznie większéj ilości ciałek krwi białych i czerwonych. Wstrzymano jod, polecono zaś 4 proszki na dzień *chinini tannici* po 0,15 *pro dosi* i codzienną, godzinę trwającą, kąpiel dobrze ciepłą (na 45°C.). 6/3 opuchlina zmniejszyła się, apetyt lepszy. 10/3 opuchlina o połowę mniejsza. *Hydrothorax* ustąpił. *Ascites* znacznie mniejszy. W moczu białka, krwi, ropy i wałeczków mniéj. 17/3 w moczu, zawierającym małą ilość białka, krwi i wałeczków nie ma. Wrzód kilakowy na nodze goi się. 20/3 podniebienie miękkie obrzmiałe, w części jego prawéj tworzy się kilak. Białka w moczu więcéj. Polecono wstrzykiwania podskórne z 1% mrówkoamidu rtęciowego co drugi dzień. 23/3 kilak w gardle otworzył się. Wrzód powierzchowny, nieprzebijający łuku podniebienia miękkiego. 24/3 chory dobrze znosi wstrzykiwania podskórne rtęci. W moczu ślad białka dobrze dostrzegalny. Wałeczków nie ma. Obok komórek przechodowych i ciałek ropy, tu i owdzie ciałka krwi. Wrzód kilakowy na nodze ładnie się goi. 25/3 Na ciemieniu powstał w samym środku czaszki guz wielkości jaja gołębiego, bardzo bolesny. 26/3 chory gorączkuje, ciepłota 38,2. W narządach wewnętrznych zmian żadnych. W moczu znów znaczniejsza ilość krwi, białka, ropy i wałeczki, chlorki w ilości prawidłowéj. Opuchlina zwiększyła się. Wstrzymano dalsze podawanie rtęci, polecono bańki na okolicę nerek. 27/3 *Status idem*, 29/3 *Status idem* tylko opuchlina większa. Guz na głowie zmalał, 31/3 dreszcz, ciepłota 39.5°C., chlorki zmniejszone w moczu, zresztą zmiany jak poprzednio. 1/4 ciepłota 40,3°, nudności i wymioty. Moczu krwawego, liczne wałeczki zawierającego, zebrano przez 24 godzin 200cm.sz. 2/4 ciepłota 39,8°C. na skórze głowy rozwija się róża. Moczu nie ma od 24 godzin. Kąpiele ciepłe 45°C. długotrwałe, *chininum tannicum* wewnętrznie. 3/4 ciepłota 39·2°. Róża szerzys ię po twarzy i głowie. Moczu 180cm.sz., zawiera znaczniejszą ilość białka, wałeczków i ropy dosyć, mniéj zaś krwi niż przedtêm. 4/4 Róża szerzy się po karku. Moczu 350cm.sz. jaśniejszego, mniéj białka zawierającego. 5/4 ciepłota 37·8, róża zbladła. Moczu 500cm.sz., białka mniéj, krwi nie ma. Wałeczki i ropa dość liczne. 6/4 róża znów się posunęła ku łopatkom i piersiom, na głowie zaś zbladła. W moczu więcéj krwawym, wałeczków i białka dużo. Chlorki prawidłowe. Niektóre wałeczki złożone ze samych ciałek krwi. 7/4 moczu 180cm.sz. Częste wymioty. Ciepłota prawidłowa. 8/4 moczu 300cm.sz. jak wpierw. Wymioty mniejsze. Chlorków w moczu nie ma. W narządach wewnętrznych zmian żadnych. 9/4 ciepłota 36°, wymioty jeszcze się utrzymują. 10/4 ciepłota 36°. Róża zupełnie zbladła. Moczu 1350cm.sz. krwi i wałeczków nie ma, białka mała ilość. Wymioty jeszcze parę razy przez dzień. 12/4 mocz czysty, zawiera małą ilość białka, chlorki zmniejszone. Wymioty ustały. 15/4 moczu 1750 cm.sz. Białka ślad po odstaniu występujący. Chlorki zmniejszone. Opuchlina znacznie mniejsza. Przyskórek w miejscach różą zajętych łuszczy się. Chory czuje się znacznie lepiéj. 19/4 mocz jak wyżéj. Chory powrócił do sił, apetyt dobry. 21/4 moczu 1850cm.sz. Białka nieco więcéj. Chlorki prawidłowe. Opuchlina ustępuje. Wrzody kilakowe tak na podudziu jak i w gardle na zagojeniu. 26/4 W moczu czystym ślad białka dopiero po dłuższêm odstaniu. Siły dobre. Opuchliny jeszcze ślady. *Ascites* zupełnie ustąpiła. 9/5 chory opuścił klinikę jeszcze trochę osłabiony. Wrzody kilakowe zagojone. Mocz prawidłowy. Porażenie powieki górnéj lewéj utrzymuje się bez zmiany. W kwietniu r. b. miałem sposobność widzieć chorego, służącego w jednym z tutejszych klasztorów. Cieszy on się zupełnêm zdrowiem. Wrzody kilakowe dotąd więcéj nie występowały, opuchlina nie powróciła, porażenie jednak powieki stale się utrzymuje.

W przypadku więc tym mamy do czynienia z wybitnêm zakażeniem kiłowêm w okresie późnym, trzecim. Chory nabył kiły w wieku dziecięcym. Gdy do nas przybył, stwierdziliśmy jedyny pewny znak istniejącego zakażenia kiłowego, t. j. wrzód kilakowy na podudziu lewêm. Blizny promie-

niste, porozrzucane po ciele, świadczyły, że chory wrzodów takich przebył więcéj, co zresztą sam potwierdza. Zupełnie potwierdziło rozpoznanie kiły trzeciorzędnéj wystąpienie kilaka na podniebieniu miękkiém w czasie pobytu chorego w klinice. Zachodzi teraz pytanie, w jakim związku pozostawały dwie inne zmiany chorobowe, zapalenie nerek i porażenie n. okoruchowego l. z zakażeniem kiłowém. Zapalenie nerek miało wystąpić na kilka miesięcy przed przybyciem chorego do kliniki. Wystąpiło więc w chwili najsilniejszych objawów kiły trzeciorzędnéj, to jest w czasie, gdy się potworzyły wrzody kilakowe, po których teraz blizny pozostały. Według wszelkiego więc prawdopodobieństwa, zachodzi pewien związek przyczynowy między kiłą a temi zmianami chorobowemi. Jakiego rodzaju jest ten stosunek przyczynowy i jakiém mianem określićby go wypadało, nie będę tutaj rozstrzygał. Porażenie powieki górnéj oka lewego trwać ma już od kilku lat. Trudno tutaj również powiedzieć, jakiéj ono jest natury — nie mając jednak innych widocznych przyczyn, któreby nam to zboczenie tłumaczyły, musimy również przypuszczać podstawę kiłową. Leczenie nasze przeciwkiłowe niewielkiém cieszyło się powodzeniem w zwalczaniu zapalenia nerek z jego następstwami. Jodek potasu, podawany przez pierwsze dni, wpłynął zdaje się niekorzystnie na zmianę chorbową w nerkach, bo wszystkie objawy jéj doznały pogorszenia, a w moczu wystąpiła znaczniejsza ilość krwi. Czy rtęć wywarła jaki wplyw leczniczy, trudno powiedzieć. Chory dostał tylko cztery zastrzyknięcia podskórne z mrówkoamidu rtęciowego 1%. Białka było w czasie tego leczenia mniéj, krew i wałeczki z moczu zniknęły, wrzody kilakowe tak na podudziu jak i w gardle zaczęły się goić. Czyż jednak można te widoczne objawy polepszenia kłaść na karb leczenia rtęcią, któréj podano tak małą ilość? Szkoda, że powikłanie nowe przeszkodziło dalszemu podawaniu rtęci. Z działania rtęci możnaby mieć pewną podstawę do osądzenia, czy zapalenie nerek było istotnie na tle kiłowém, czy téż było tylko przypadkowém powikłaniem. Tymczasem w początkach kwietnia, poprzedzona wybitnym okresem zwiastunowym, rozwinęła się róża na głowie, mając punkt wyjścia z guza świeżo powstającego, prawdopodobnie także natury kiłowéj. Skutkiem tego powikłania zapalenie nerek znów ostro wystąpiło, i zdawało się, że rozpoczynająca się już mocznica położy kres życiu naszego chorego. Tymczasem w miarę, jak róża ustępowała i objawy pierwotnéj choroby wyraźnie zmniejszać się zaczęły, tak że chory w czasie ozdrowienia po róży, nieleczony zupełnie środkami przeciwkiłowemi, opuścił zakład, powróciwszy zupełnie do zdrowia. W przypadku więc tym róża wywarła wpływ zbawienny nietylko na kilaki w gardle i na podudziu, ale jak się zdaje, także i na sprawę zapalną w nerkach. Niektórzy autorowie, a szczególniéj Pick, twierdzą, że róża wywiera wybitny wpływ leczniczy na zmiany kiły późnéj, nawet występujące w narządach głębiéj położonych, ale tylko na obszarze przez siebie opanowanym. Obydwa przez nas powyżéj przytoczone przypadki bynajmniéj nie potwierdzają tego zapatrywania. I owszem, w pierwszym przypadku róża na twarzy wywarła widoczny wpływ leczniczy także na guz kilakowy pod kolanem. W drugim przypadku róża, szerząca się po skórze głowy, twarzy i karku, zarazem wyraźnie przyspieszyła zabliźnienie się wrzodu kilakowego na podudziu, a jak się zdaje, że nie mało się téż przyczyniła do tak szczęśliwego zejścia groźnéj zmiany chorobowéj w nerkach. Nie we wszystkich jednak przypadkach naszych róża, wikłająca przebieg kiły późnéj, wywarła na tę chorobę wpływ tak zbawienny. W jednym przypadku u kobiety B. R., lat 22 liczącéj, u któréj rozpoznano dnia 13 maja 1883 r.: *Syphilis tardiva et quidem gumma exulcerans palati mollis, defectus septi cartilaginei nasi totalis et partialis ossei, graviditas in VII. mense*, róża rozszerzyła się po skórze twarzy i głowy. 23 maja nastąpił poród przedwczesny płodu nieżywego, a w 5 dni późniéj chora, pośród objawów porażenia serca, życie zakończyła.

Podobnie jak róża, wpływały na przebieg kiły i inne choroby ostre zakaźne, połączone z wysoką gorączką. I w czasie ich wystąpienia, objawy kiły (podobnie jak i niektórych chorób skórnych np. liszaja żrącego) malały, niekiedy nawet zupełnie ustępowały. Toż samo zauważyliśmy nietylko w chorobach zakaźnych, ale nawet, choć może w nie tak wybitnym stopniu, w każdéj sprawie chorobowéj, połączonéj z bardzo wysoką gorączką, dłuższy czas trwającą, a wikłającą przebieg kiły. Jednak między wszystkiemi temi sprawami chorobowemi a różą i ich wpływem na chorobę pierwotną, zachodziła jedna, ale nader ważna i wybitna różnica. Oto po ustąpieniu gorączki w przebiegu czy to duru, czy to płonicy, zimnicy lub innéj choroby, zmiany kiłowe znów z całą siłą występowały i wymagały energicznéj interwencyi lekarza. Tymczasem wpływ leczniczy róży widocznym był nawet jeszcze wtedy, gdy już gorączka zupełnie ustąpiła, a róża przestała się szerzyć. Dla tego téż chorzy nasi po przebyciu róży opuszczali zakład zdrowi, nie potrzebując na razie żadnego swoistego leczenia przeciw zmianom kiłowym. Jak długo wpływ ten, różą wywarty, trwał i powstrzymywał wystąpienie objawów nowych kiły późnéj, nie wiemy, tylko w przypadku drugim wiadomo nam jest, że chory od czasu opuszczenia kliniki czuje się zupełnie zdrowym.

Leczenie objawów kiły późnéj polegało na użyciu tak środków wewnętrznych jako i zewnętrznych. Wewnętrznie stosowano rtęć lub jod, często obok środków wzmacniających. Użycie jodu lub rtęci zawisłém było od poszczególnych wskazań. Długoletnie doświadczenie i liczne spostrzeżenia zebrane w klinice przekonały, że jod sam wskazanym jest przedewszystkiém w takich przypadkach, w których już to w czasie przebiegu kiły wtórorzędnéj, jużtéżto w czasie pierwszych objawów kiły późnéj przeprowadzono już energiczne leczenie rtęcią. Wtedy jod używany czas dłuższy, obok dyjety pożywnéj, wina, piwa a często żelaza z chininem działał znakomicie i niejednokrotnie usuwał znaczne zmiany kiłą trzeciorzędną wywołane. Przeciwnie zaś u osób, dotkniętych zmianami kiły późnéj, dotąd rtęcią nieleczonych, przeprowadzano zazwyczaj najprzód leczenie rtęcią, zwykle w postaci wcierań po 3grm. szaruchy dziennie stosowaną. Dopiero ku końcowi leczenia podawano jod w postaci jodku potasu lub téż jodoformu. W wielu ciężkich przypadkach stosowano z dobrym skutkiem równocześnie wcierania i jodek sodu lub potasu. W kilku przypadkach uporczywéj kiły, w których jod nie działał należycie, polecano z dobrym skutkiem jodek sodu i bromek sodu równocześnie, zapisując go: *Rp. Natrii jodati, Natrii bromati āā 6,00—8,00. Aq. destillatae 200,00 S.* 2—3 łyżek stołowych dziennie.

Leczenie zewnętrzne, którego nigdy nie zaniedbywaliśmy, polegało na użyciu jodu, rozpuszczonego w glicerynie i jodku potasu, proszku jodoformowego, maści jodoformowéj (10%), przylepca rtęciowego itp. Wszelkie nacieki i owrzodzenia na błonie śluzowéj gardła, ust lub nosa pędzelkowaliśmy roczczynem jodu w glicerynie i jodku potasu, w sto

sunku zależnym od wielkości zmian i ich umiejscowienia. Pędzelkowanie takie bardzo przyspieszało wessanie nacieków a zabliźnienie się owrzodzeń kilakowych. Guzy kilakowe w tkance skórnéj lub podskórnéj znajdujące się pędzelkowaliśmy nalewką jodową. Podobnie leczyliśmy zmiany w okostnéj i kościach, w miejscach takiemu leczeniu dostępnych. Owrzodzenia na skórze, powstałe skutkiem rozpadu guzów kilakowych zasypywaliśmy jodoformem, który działał zawsze znakomicie. Rana była czystą, ziarnina zdrową, a zabliźnienie szybko postępowało naprzód. Skoro wrzód wypełnił się już ziarniną, pokrywaliśmy go często plastrem rtęciowym, co bardzo przyspieszało wytworzenie się nieznacznéj blizny.

W przypadkach *ozaenae syphiliticae* polecaliśmy, obok pędzelkowania owrzodzeń błony śluzowéj jodgliceryną, przestrzykiwanie nosa 2 lub 3 razy na dzień słabym roztworem nadmanganezianu potasowego lub téż kwasu borowego.

W przypadkach kiły późnéj, w których leczenie wcieraniami lub jodkiem potasu nie dawało odpowiednich wyników, polecaliśmy czasem odwar Zittmanna. Leczenie to przy zachowaniu odpowiednich ostrożności, obok użycia środków wzmacniających i odpowiedniego leczenia zewnętrznego, dało nam w kilku przypadkach wyniki dosyć zadowalające.

W końcu nadmienić jeszcze muszę, że w kilku przypadkach mieliśmy do czynienia z kiłą późną u osób, które nigdy nie były rtęcią leczone. Niektórzy nawet przeczyli, aby kiedykolwiek kiłę pierwszo- lub wtórorzędną przebywali. Objawy jednak i przebieg choroby, pojawienie się kilaków w tkance skórnéj, podskórnéj, śluzowéj lub podśluzowéj gardła, nie pozostawiały najmniejszéj wątpliwości, że w przypadkach tych mamy do czynienia z kiłą późną. U takich chorych kiła trzeciorzędna zwykle występowała bardzo złośliwie. Pojawiała się nietylko w narządach zewnętrznych, ale także bardzo wcześne szerzyła spustoszenia w narządach wewnętrznych. Charłactwo kiłowe szybko się rozwijało a leczenie często było bardzo trudném. Mimo wcierań szaruchy, podawania jodu, bromu, środków wzmacniających, mimo energicznego leczenia zewnętrznego i wewnętrznego, choroba nie zmniejszała się i coraz bardziéj podkopywała ustrój chorego. Przypadki tego rodzaju wcale u nas, szczególnie między ludem prostym, nierzadkie, świadczą wymownie, że zdanie dotąd jeszcze niejednokrotnie ze strony niektórych lekarzy wygłaszane, jakoby główną przyczyną kiły późnéj było leczenie rtęcią, nie ma żadnéj podstawy.

IV. Oceny i sprawozdania.

Frerichs: **O cukrzycy.** (Berlin 1884, z 4 tabl.)
(Dokończenie. Patrz Nr. 47).

Co do zejścia ostatecznego, to F. widział przypadki zupełnego wyleczenia cukrzycy; najczęściéj wszakże choroba kończy się śmiercią, wreszcie może ona przejść w inną chorobę. Najczęściéj trwa cukrzyca 1—2 lat, czasem rozciąga się na 15—20 lat, a w rzadkich przypadkach kończy się w 5—7 tygodni zwłaszcza u młodzieży.

W przypadkach z zejściem śmiertelném znajdujemy następujące zmiany: w systemie nerwowym odnoszą się schorzenia zwykle do rdzenia przedłużonego, mostu i móżdżku. Nowotwory znaleziono 6 razy, lecz najstalszą zmianą jest silne rozszerzenie drobnych naczyń rdzenia przedłużonego, któremu towarzyszą krwotoki i rozszerzenie przestworów międzynaczyniowych. W połowie przypadków występuje gruźlica płuc, zapalenia zaś płuc mają skłonność do przejścia w zgorzel. Serce okazuje wszystkie cechy zaniku zwykłego lub brunatnego. Błona śluzowa żołądka nie przedstawia nic nieprawidłowego; natomiast często w jelitach znajdują się wrzody gruźlicze. Wątroba zawiera często cukier, a w niektórych przypadkach i glykogen. Śledziona rzadko tylko jest powiększona, a jeszcze rzadziéj skrobiowato zwyrodniała. Trzustka zachowuje się rozmaicie, rozmiary jéj są prawidłowe, często jednak znacznie zmniejszone, raz spostrzegł F. znaczne zwyrodnienie tłuszczowe całego miąższu trzustki, innym razem cały gruczoł zamieniony był w ropień, w innym wreszcie przypadku znalazł zwyrodnienie rakowate tego gruczołu, a przewód żółciowy był uciśnięty. W nerkach stałą zmianą bywa t. zw. glykogenowe zwyrodnienie mocno rozszerzonych pętli Henlego, które pozostaje w ścisłym związku z wydzielaniem cukru w moczu i jest prawdopodobnie skutkiem wessania cukru, odbywającego się właśnie w tych częściach nerek. W szkielecie kostnym wielokrotnie F. stwierdził różnice w ciężarze o tyle, że kości diabetyków są znacznie lżéjsze, choć rozbiór Schultzego wcale nie wykazał ubytku soli wapiennych.

Doświadczenie poucza, że cukrzyca najczęściéj występuje u osób starszych między 40 a 60 rokiem życia, u mężczyzn 3 razy częściéj aniżeli u kobiet. Na 400 chorych było 102 Żydów, częściéj trzyma się klas wyższych a z powyższéj liczby tylko 60 przyp. odnosiło się do klasy pracującéj. Dziedziczność wywiera bardzo znaczny wpływ nawet w dalszych pokoleniach, a niekiedy oddziedziczenie t. zw. neuropatycznéj skłonności przyczynia się również do późniejszego rozwinięcia się choroby. Do momentów bezpośrednio wywołujących cukrzycę należą: zaburzenia w czynnościach nerwowych; a zatém obrażenia mózgu i rdzenia przedłużonego, choroby umysłowe, jak ogólne porażenie, padaczka, nadmierne natężenia umysłowe, i t. zw. afekty ujemne, ostre choroby zakaźne, choroby konstytucyjne, jak kiła a szczególniéj dna, zaziębienie, choroby wątroby i trzustki wreszcie udar słoneczny i inne.

Co do natężenia choroby rozróżnia F. *a)* formę lekką, w któréj wydzielanie cukru jest zależném od rodzaju pożywienia i ustaje, jeżeli się unika wodników węgla, lecz ta forma przechodzi najczęściéj w *b)* formę ciężką, gdzie i przy wstrzymaniu się zupełném od wodników węgla cukier się w moczu wydziela. Prócz tego odróżniamy cukrzycę, w któréj ilość moczu jest zwiększona i taką, w któréj ilość moczu jest prawidłowa; te ostatnie przypadki są rzadsze. Możemy także oddzielić cukrzycę według bezpośredniéj przyczyny, np. cukrzyca skutkiem chorób mózgu. Tu zauważyć należy, że w cierpieniach umysłowych cukier zjawia się niekiedy tylko przejściowo, ustępując późniéj bez śladu, w chorobach konstytucyjnych, np. dnie, rokowanie dla cukrzycy jest lepsze aniżeli w innych przypadkach, w kile zwykle dopiero wtenczas cukier pojawia się w moczu, gdy się wytworzą zmiany kiłowe w mózgu lub oponach. Cukrzyca u dzieci przebiega prędzéj i niepomyślniéj, niż u starszych. Niektórzy odróżniają także t. zw. cukrzycę przerywaną, jest to forma lekka najczęściéj skutkiem skazy dnawéj powstająca.

Najważniejszą częścią leczenia jest zalecanie spokoju umysłu i ciała. Chory powinien przechodzić się po wolném powietrzu, pobudzać czynność skóry, pokarm jego nie powinien zawierać wodników węgla; co najwięcéj może on spożywać nieco chleba, ale tylko jako dodatek do pokarmów mięsnych i jarzyn, niezawierających skrobi. Wielokrotnie

polecano mleko jako pożywkę dla diabetyków najodpowiedniejszą; lecz F. spostrzegał, przynajmniéj bardzo często, po używaniu mleka zwiększenie ilości moczu i zawartości cukru w tymże. Ze środków leczniczych makowiec uśmierza pragnienie, zmniejsza ilość moczu, i ilość cukru wydalanego, przyczém zwiększa się ciężar ciała; lecz do tego potrzeba wielkich dawek. Mniéj pomyślnie działają alkaloidy makowca morfin i kodein; inne zaś środki narkotyczne okazały się bezskutecznemi. Ze środków alkalicznych nie można odmówić skuteczności, przynajmniéj w niektórych razach, węglanowi sodowemu, lecz polepszenie stanu ogólnego i zmniejszenie odsetka cukru w moczu nie trwa długo, podobnież ma się rzecz z wodami mineralnemi, jak karlsbadzką, neuenahrską i wodą Vichy. Srodki jak kwas karbolowy, salicylowy, będźwinowy, arszenik, roztwór jodu zmniejszają także ilość cukru tylko chwilowo. Sądzono dawniéj, że korzystną rzeczą jest podawać choremu ciała łatwo się utleniające. Cantani polecał jako taki kwas mlekowy, lecz według F. równie tak jak gliceryna, zalecana przez Schultzego, jest zupełnie bezskuteczny. Elektryzowanie i zażywanie chloralu były również bez wpływu. Jodoform sprawiał polepszenie bardzo krótko trwające. Ogólnie więc biorąc, obok stósownego zachowania się chorego najodpowiedniejszém jest używanie środków alkalicznych szczególnie wymienionych wód i to na miejscu. W niektórych przypadkach jest niezbędnym makowiec i jego przetwory. Z innych środków jeszcze najwięcéj polecić można salicylan sodowy, kwas salicylowy i jodoform.

W końcu zastanawia się F. ogólnie nad istotą cukrzycy. Głównym momentem w téj chorobie jest zwiększona zawartość cukru we krwi. Zwiększona czynność nerek nie ma żadnego wpływu na wydzielanie cukru; bo u ludzi cierpiących t. zw. *diabetes insipidus*, nawet po spożyciu znacznéj ilości cukru, nie ma go w moczu. Pytanie więc zachodzi, zkąd się bierze ta większa zawartość cukru we krwi? Otóż najprawdopodobniéj w wątrobie przechodzi cukier prędzéj aniżeli zwykle w krew. Czy to się dzieje pod wpływem zmienionéj innerwacyi, nie wiadomo; to atoli jest pewném, że wytwarzanie glykogenu w wątrobie diabetyków zupełnie prawie ustaje i cukier dostający się z pokarmami do jelit ulega tamże wessaniu i wchodzi z krwią żyły bramnéj do wielkiego obiegu. *Dr. Otto.*

V. Sprawy Towarzystw lekarskich

Towarzystwo lekarskie galicyjskie.

IX. Posiedzenie zwyczajne naukowe Sekcyi lwowskiéj Tow. lek. galic. z d. 8 listopada 1884.

Obecni: Przewodniczący: Dr. Widman. Członków obecnych 21.

(Dokończenie. Patrz Nr. 48).

W dyskusyi kol. Dr. Rieger zauważa, że obserwacyje prelegenta są bardzo cenne — sądzi jednak, że za mało jest jeszcze obserwacyj takich, gdzie po stwierdzeniu zwiastunnego objawu zapalenia przyjądrza zalecił prelegent spokojne leżenie itd. i ustrzegł chorych od wystąpić mającego zapalenia przyjądrza. Daléj sądzi kol. Rieger, że zapatrywania i spostrzeżenia prelegenta zmieniłyby teraźniejsze teoryje o zapaleniu przyjądrza, według których, jak wiadomo, jad rzeżączki *per continuitatem* idzie z cewki moczowéj do woreczka nasiennego, przewodów nasiennych i jąder — a przecież przez spokojne leżenie nie znosi się możności przejścia choroby czy jadu téjże *per continuitatem*. — Kol. protomedyk Biesiadecki podnosi, że objaw skreślony przez prelegenta jest wielkiéj doniosłości — zachodzi tylko pytanie — gdzie się białko wytwarza i czy to wytwarzanie się białka uważać należy jako równoczesną metastazę w nerkach i jądrach, bo takich metastaz nie znamy, tylko z cewki *per continuitatem* do jądra, albo z cewki do pęcherza, przewodów moczowych i nerek; przypomina daléj przypadek choroby obserwowany z kol. Widmannem, t. j. chorego z Hydrocele, który w skutek urazu dostał zapalenia przyjądrza i u którego zauważano nieco białka w moczu, choć rzeżączki stanowczo nie było. Nie może sobie tedy wytłumaczyć, zkąd to białko pochodzi, czy z wydzieliny czy z nerek itp. — Kol. Dr. Seifmann zauważa, że skoro w rzeżączce są gonokoki, to nieodpowiednio nazwano w tym przypadku inwazyję gonokoków metastazą (głosy: a *gonitis gonorrhoica*), oświadcza daléj, że nie wątpi o tém, że są metastazy, ale skoro mowa o gonokokach, to te nie dostają się daléj drogą metastazy, lecz rozrastają się i w ten sposób dostają się daléj lub głębiéj. — Kol. Dr. Żuliński czyni uwagi odnoszące się do badania moczu, że lekarze badając zwykle pobieżnie mocz za pomocą kwasu azotowego lub ogrzania, gdy mocz oddziaływa kwaśno, znajdują nieraz białko tam, gdzie go wcale nie ma. Radzi więc, aby mocz badać dokładnie i różnemi sposobami wykazać białko, badać osad pod mikroskopem itd., to wtedy można wykazać także, zkąd białko pochodzi (wałeczki np. z nerek), daléj badać ilość i jakość białka itd. Przypomina zresztą, że pojawienie się białka w moczu jest objawem przeróżnych innych stanów chorobowych, nietylko nerek, np. chorób nerwowych (przestrach itp.), chorób gorączkowych, zażywania wewn. rozmaitych środków leczniczych (kopaiwy itd) itd. Według danych statystycznych naprzykład na 1800 moczów białkowatych była $^1/_3$ tylko, to jest 600 moczów, białkowatych z powodu chorób nerek *(Bright-Nephritis)*, a $^2/_3$ czyli 1200 moczów białkowatych było z innych chorób, przeważnie nerwowych. Jeżeliby więc można wnioskować z białka w moczu w rzeżączce o wystąpić mającém zapaleniu przyjądrza, to trzeba starać się zbadać, czy to białko pochodzi z nerek (dokładném badaniem chemiczném i drobnowidowém), czy raczéj nie powstało z jakich powodów nerwowych. — Kol. Dr. Laskiewicz zapytuje, czy prelegentowi nie wiadomo, że zapalenie przyjądrza częściéj się wydarza tam, gdzie w rzeżączce erekcyje są częste i jaki między temi objawami zachodzi stosunek; daléj czy erekcyje u osób erotycznych w rzeżączce w drodze odruchowéj wywołane ułatwiają może w drodze mechanicznéj (w skutek rozszerzenia przewodów nasiennych) przejście wypociny z cewki ku tym przewodom, a więc szerzenie się choroby *per continuitatem*, czy téż przeciwnie może erekcyje są skutkiem owego rozszerzenia się choroby. Gdy jest bolesność w okolicy przewodów nasiennych, ma się rzecz zapewne tak, jak w drugim przypadku przypuszcza. Możnaby więc może z tego wysnuć jakie wskazówki terapeutyczne. Wreszcie zapytuje prelegenta, czy nie podejrzywał, że pomiędzy przytoczonemi przypadkami byli może i tacy chorzy, którzy przed leczeniem się albo podczas leczenia się u prelegenta zażywali pokryjomu środki przeciwrzeżączkowe. Kol. Dr. Tatarczuch zapytuje prelegenta, czy badał mocze chorych przed wystąpieniem białka i potém; daléj sądzi, że skoro jak wiadomo, w zapaleniu przyjądrza ustaje prawie wydzielina rzeżączkowa z cewki, a wtedy i białko ustaje, to może białko w moczu przed wystąpieniem zapalenia przyjądrza pochodzi z wydzieliny rzeżączkowéj. Kol. przewodniczący Widmann pyta, czy prelegent spostrzegał kiedy, żeby u chorych, którzy podczas choroby (rzeżączki) leżeli w łóżku, także zapalenie przyjądrza wystąpiło i o ile częściéj występuje zapalenie przyjądrza u chorych na rzeżączkę, którzy podczas choroby nie leżą, lecz ambulatoryjnie się leczą. Daléj zapytuje, czy w zapaleniu przyjądrza są chlorki w moczu zmniejszone, sam bowiem badając mocze chorych na rzeżączkę nie znalazł chlorków.

Kol. Krówczyński odpowiada na pojedyncze zapytania: Że uważał za obowiązek podać spostrzeżenie swoje mimo niedokładności, aby zbiorową obserwacyją rozstrzygnąć, czy to spostrzeżenie jest prawdziwém, wątpi bowiem, aby rzecz spostrzeganą w 30 przypadkach należało kłaść na karb trafu tylko, a daléj zbiorowa obserwacyja może poda tłumaczenie faktu, o które prelegent w danéj chwili właśnie dla tego się nie kusi, że za małą jest ilość przypadków obserwowanych. Tém mniéj wagi przywięzuje prelegent do tych przypadków nielicznych, w których leżenie w łóżku itd. zapobiegło rzekomo wystąpieniu zapalenia przyjądrza, nie widzi zaś sprzeczności w tém, że leżenie mogłoby ochronić od zapalenia przyjądrza, chociażby zapalenie

powstawało zawsze przez przeniesienie się sprawy chorobowéj z przedniéj części cewki na tylną. Nie ulega bowiem wątpliwości, że ruch w każdym razie ułatwia przeniesienie się sprawy chorobowéj na przewody do przyjądrza prowadzące. Zapewne ważną byłoby rzeczą odpowiedzieć, zkąd białko pochodzi, dziś jednak uważa prelegent rozstrzyganie tego pytania za rzecz przedwczesną: najpierw bowiem pragnie, aby dalsza obserwacyja potwierdziła fakt podany i jego możliwy stosunek, jako objawu zwiastunnego, do zapalenia przyjądrza, a wówczas będzie można zastanowić się nad pochodzeniem białka. Nieprawdopodobném wydaje się jednak prelegentowi aby to białko pochodziło z nerek, i z chwilą wystąpienia zapalenia przyjądrza znikało; nie pochodzi ono z ropy cewki, ta bowiem nie daje nigdy reakcyi białka, gdy z cewki a mianowicie z jéj tylnéj części pochodzi. Daléj nieprawdopodobném wydaje się, aby białko z domieszki nasienia lub z prostaty pochodziło, w przypadkach bowiem spostrzeganych żadne objawy ani przedmiotowe, ani podmiotowe za zajęc em tych narządów nie przemawiały. Jeżeli miałby bawić się w domysły, wydawałoby mu się najprawdopodobniejszą rzeczą, że białko pochodzi z pęcherza; spostrzeżenia jednak robione na chorych podczas prywatnéj ordynacyi, z natury swéj niedokładne, nie mogły się opierać na badaniach morfologicznych składników białka, osadu moczu itd., oświadcza więc, że badał zawsze mocz przez gotowanie i kwasem azotowym, nie mógł zaś badać pod mikroskopem i te badania zachowuje sobie na przyszłość, zapewnia tylko, że zmętnienie i biała obwódka białka nad kwasem azotowym nie pochodziła z zażywania olejków eterycznych. Nikt nie zwrócił dotąd uwagi na stosunek erekcyj do zapalenia przyjądrza, zdaje się jednak nie ulegać wątpliwości, że w przeniesieniu się sprawy chorobowéj z przedniéj na tylną część cewki odgrywają erekcyje bardzo ważną rolę, a więc ułatwiają powstanie zapalenia przyjądrza. Daléj, jakkolwiek zapewnić nie może, czy który pacyjent leczący się u niego, oprócz tego nie używał olejków eterycznych, wydaje mu się to nieprawdopodobném choćby dla tego, że inaczéj się przedstawia obraz reakcyi kwasu azotowego z białkiem, a inaczéj z moczem po zażyciu olejków eterycznych, szczególnie olejku kopaiwowego. Badając od dawna co do białka i oddziaływania moczu każdego rzeżączką dotkniętego, w przypadkach specyjalnie obserwowanych, o których wyżéj wspomniano, badał mocz przed, podczas i po wystąpieniu zapalenia przyjądrza. Stanowczo twierdzi prelegent, że białko nie pochodziło z ropy rzeżączkowéj cewki, ta bowiem nie daje reakcyi białka; zwraca zaś na to uwagę z przyciskiem, że wydaje mu się być rzeczą ważną to połączenie oddziaływania kwaśnego moczu mętnego obok reakcyi białka, podczas gdy po podrażnieniu szyjki pęcherza i zapaleniu rzeżączkowém pęcherza, jeżeli nie zawsze, to przynajmniéj w znacznéj większości przypadków mocz mętny zawiera białko, lecz oddziaływanie moczu jest alkaliczne.— Chorzy na rzeżączkę przeważnie chodzą i leczą się ambulatoryjnie i ani razu nie stwierdził przytoczonego powyżéj spostrzeżenia u takiego chorego, który od początku choroby leżał; nie ulega jednak wątpliwości, że ruch usposabia i ułatwia wystąpienie zapalenia przyjądrza. Na zachowanie się chlorków postanawia zwracać uwagę, czego dotąd nie czynił.

Następnie przeszła dyskusyja na rozległe pole fizyjologii prawidłowéj i patologicznéj o wydzielaniu białka z moczem a brali w niéj udział koll. Przewodniczący, Protomedyk, Seifman, Pisek, Żuliński i w. i.

Po wyczerpaniu dyskusyi wnosi kol. Laskiewicz: 1) interpelacyję do Komisyi niegdyś z łona Tow. lek. gal. wybranéj, mającéj wypracować wnioski w celu ukrócenia nadużyć ze strony niedoktorów medycyny, w jakim stadyjum jest ta sprawa i czy będzie kiedy załatwioną i przedkłada do użytku téjże Komisyi dwa numery czasopism prawniczych, w których znajdują się uchwały Ministerstwa spraw wewn., mocą których patronat chirurgiczny nie jest stopniem akademickim lecz przemysłem chirurgicznym, daléj że patronom lub magistrom chirurgii nie wolno używać tytułu lekarzy. 2) Czyni wniosek, aby nad kwestyją bardzo doniosłą, mianowicie nad postępowaniem chirurgicznėm w przypadkach niedrożności jelit (o czém była mowa na poprzedniém posiedzeniu Sekcyi), wznowić jeszcze dziś lub na następném posiedzeniu dyskusyję, gdyż sprawa ta pozostała dla niego nic całkiem wyjaśnioną.

Kol. przewodniczący Widmann odpowiada, że o czynnościach Komisyi powołanéj nic nie wie, a członków téj Komisyi nie ma na posiedzeniu. Co do uchwał zaś Ministerstwa spraw wewn. podanych w czasopismach przedłożonych objaśnia kol. protomedyk Biesiadecki, że ustawa przemysłowa wyjmuje z przemysłowców nie tylko Drów medycyny czyli lekarzy, ale także i osoby mające z medycyną pewną wspólność, a więc i chirurgów (magistrów i patronów chirurgii) i aptekarzy, daléj przypomina, że co do używania tytułu lekarza przez chirurgów Namiestnictwo galicyjskie ogłosiło to rozporządzenie chirurgom jeszcze zeszłego roku i zabroniło im używać tytułu lekarzy, lecz chirurdzy wnieśli przeciw temu rozporządzeniu Namiestnictwa przedstawienie dotąd nierozstrzygnięte.

Kol. przewodniczący poddaje wniosek drugi kol. Laskiewicza pod głosowanie; wniosek upadł.

Kol. Rieger zawiadamia Sekcyję o zawiązaniu się Tow. lek. wojskowych we Lwowie. *Dr. Wiktor.*

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 16—22 listopada umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 28,2. Z ospy umarło 0 (1 z. t.); z odry 0 (1 z. t.); z płonicy 1 (1 z. t.); z błonicy 0 (2 z. t.); z duru brzusznego 1 (1 z. t.); z duru osutkowego 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 5 przypadkach płonicy (2 z. t.); 3 odry (2 z. t.); 4 błonicy (1 z. t.); 1 duru brzusznego (1 z. t.); 2 duru osutkowego (2 z. t.); 4 róży (2 z t.). W tygodniu od 9—15 listopada umarło z ospy w Londynie 35, zapadło na nią 219, leczyło się w szpitalach 790. W Tryjeście umarło z ospy 31, w Wiedniu i Odesie po 1. w Pradze i Lizbonie po 2, w Warszawie, Petersburgu i Madrycie po 3, w Madrasie 4, w Wenecyi 9. Z duru osutkowego umarło w Tryjeście i Palmie po 1, w Londynie 2. Odra panuje w Kopenhadze, płonica w Warszawie, Amsterdamie i Bukareszcie. Z cholery umarło w Paryżu od 5—11 listopada 375, w Kalkucie od 28 września do 4 października 11, w Madrasie od 27 września do 3 października 30, w Bombayu od 8—14 października 10.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 9—15 listopada umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 28,9; w Warszawie 30,2; w Poznaniu 30,1; w Wiedniu 21,9; w Budapeszcie 20,4; w Pradze 24,4; w Tryjeście 46,0; w Berlinie 24,7; w Hamburgu 25,3; we Wrocławiu 25,3; w Gdańsku 20,0; w Mnichowie 26,2; w Dreźnie 21,6; w Lipsku 20,2; w Genewie 18,4; w Brukseli 23,1; w Amsterdamie 30,1; w Hadze 21,0; w Paryżu 32,8; w Londynie 19,6; w Kopenhadze 25,5; w Stokholmie 21,9; w Chrystyjanii 20,1; w Petersburgu 22,5; w Odesie 27,0; w Rzymie 22,2; w Wenecyi 23,2; w Bukareszcie 26,0; w Madrycie 31,9; w Lizbonie 20,6; w Aleksandryi 33,4; w Nowym Yorku 25,1; w Filadelfii 17,3; w Bombayu 29,9; w Madrasie 35,4. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 4 grudnia. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lek. okazał prof. Obaliński kilka nowych narzędzi chirurgicznych i zbiór kamieni moczowych przez siebie wydobytych, poczém kol. Wł. Gluziński mówił o uwagach wysnutych z doświadczeń nad trawieniem w żołądkach fizyjologicznych i patologicznych.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin.** Prof. nadzw. Lewin otrzymał charakter tajnego radzcy lekarskiego. — **Wiedeń.** Dr. Adolf Lorenz habilitował się jako docent chirurgii. — Na opróżnioną po Jägerze katedrę okulistyki sprawozdawca komisyi prof. Stellwag proponował terno w porządku następującym: Fuchs, Sattler, Mauthner; Wydział atoli uchwalił większością jednego głosu i to na wniosek proff. Nothnagla i Alberta przedstawić Ministerstwu terno następujące: Mauthner, Sattler, Fuchs. — Habilitowali się jako docenci prywatni: dla farmakologii Paschkis, okulistyki Dimmer.

* **Wiadomości osobowe.** Mianowani zostali starszymi lekarzami w rezerwie: Drowie Wojciech Fijałkowski, Jan Prus, Ignacy Schaitter i Teodor Błotnicki; zaś lekarzem asystentem Dr. Włodzimierz Łukasiewicz.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie we Wtorek d. 9 bm. o godzinie 5éj popołudniu w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie, na którém po załatwieniu spraw biurowych prof. Dr. Olszewski będzie mówił o soli rabczańskiéj.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS

na posadę lekarza miejskiego rozpisuje Zwierzchność gminna miasta Jordanowa z roczną płacą 300 złr. i dochodami z oględzin bydła i zwłok.

Warunki przyjęcia i bliższe szczegóły udzieli Zwierzchność gminna.

Termin wnoszenia udokumentowanych podań włącznie do 20 Grudnia 1884.

L. 438.

OGŁOSZENIE.

W skutek polecenia Wysokiego Wydziału krajowego rozpisuje się Konkurs na posadę sekundaryjusza I klasy w szpitalu św. Łazarza w Krakowie, z płacą roczną 600 złr. i pomieszkaniem na przeciąg lat dwóch ewentualnie czterech po zadowalającém pełnieniu obowiązków.

Podania należy wnieść do Dyrekcyi szpitala albo wprost lub przez odnośną władzę przełożoną najdaléj do dnia 12 Grudnia 1884.

Z Dyrekcyi szpitala św. Łazarza.

Kraków d. 1 Grudnia 1884.

Dyrektor szpitala: *Dr. Harajewicz.*

KONKURS.

Na mocy upoważnienia ze strony Komitetu Towarzystwa Opieki szpitalnéj dla dzieci w Krakowie, rozpisuje się Konkurs na posadę pierwszego (a względnie drugiego) sekundaryjusza przy szpitalu św. Ludwika dla dzieci z wynagrodzeniem rocznêm 504 złr. w. a. (względnie 400 złr.).

Posada niniejsza nadaną zostanie na lat dwa poczynając od dnia 1 stycznia 1885 roku, a ubiegający się o nią PP. Doktorzy wszech nauk lekarskich składać mają podania do dnia 15 grudnia 1884 w kancelaryi Dyrektora szpitala św. Ludwika.

Z Komitetu szpitala św. Ludwika.

Prof. Dr. Jakubowski.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego.

W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 13 grudnia 1884. № 50. Rok XXIII.

I. Sześć laparotomij wykonanych z powodu niedrożności jelit.

Opisał prof. Dr. A. Obaliński w Krakowie.
(Dokończenie. Patrz Nr. 49.)

5. Ten przypadek dotyczył dwudziestokilkoletniego żołnierza, do którego zostałem zawezwanym w sierpniu 1881 r. przez lekarza sztabowego Dra Tonnera w celu narady wspólnie z koll. Pareńskim i Paszkowskim. Pacyjent ten doznawał od czasu do czasu przemijających bólów w brzuchu, ostatni zaś napad rozpoczął się przed czterema dniami po zjedzeniu naraz znaczniejszéj ilości chleba i kapusty. Odtąd bóle zwiększały się coraz bardziéj; wzdęcie brzucha bardzo znaczne, zaparcie stolca nieustępujące zwykłym środkom, nudności i wymioty kałowe. Brzuch kształtu kulistego, odgłos bębenkowy, ruch robaczkowy jelit widoczny przez ścianę brzuszną a przy obmacaniu wydawało się, jakoby w okolicy kiszki ślepéj był opór znaczniejszym. Rozpoznawszy niedrożność jelit bez oznaczenia ściślejszego przyczyny przystąpiłem nazajutrz, a więc piątego dnia choroby, przy zachowaniu przepisów antyseptyki do laparotomii celem usunięcia przeszkody, którą przypuszczaliśmy po stronie prawéj. Dla tego też wsunąłem rękę po otwarciu jamy brzusznéj najprzód ku prawéj zatoce biodrowéj, lecz nie znalazłszy tam nic szczególniejszego zwróciłem się ku lewéj, gdzie natychmiast wyczułem taśmę naprężoną, którą ciągnąc ku ranie w celu obejrzenia przerwałem. Wysunięte z téj okolicy jelita cienkie okazywały w jedném miejscu zasznurowanie, a powyżéj znaczne zaczerwienienie otrzewny. Uważając przeszkodę za usuniętą zamknąłem jamę brzuszną szwami jedwabnemi i założyłem opatrunek antyseptyczny. Z przebiegu pooperacyjnego tyle mi tylko wiadomo, że chory czuł po operacyi znaczną ulgę, tak iż w drugim dniu budził stan jego najlepsze nadzieje, które jednak zawiedzione zostały, gdyż trzeciego dnia wystąpił upadek sił, wśród którego pacyjent życie zakończył. Przy sekcyi stwierdzono ostre zapalenie otrzewny, lecz żadnéj więcéj przeszkody mechanicznéj.

6. Szóstą wreszcie laparotomiję wykonałem w domu prywatnym, u młodego kolegi Dra W. K. w roku 1882. Wezwany do narady lekarskiéj w siódmym dniu choroby wspólnie z prof. Rosnerem, prof. Pareńskim i prymaryjuszem Paszkowskim, dowiedziałem się, że pacyjent od dawna skłonnym był do uporczywych zatwardzeń i że mimo to używał pokarmów pożywnych i w wielkich ilościach, chcąc się należycie odżywiać jako podejrzany o naciek płucny. Ostatnia choroba miała się rozpocząć skutkiem znacznego wstrząśnienia powozu grożącego wywróceniem się. W téj chwili poczuł pacyjent ból w brzuchu, który jednak uśmierzył się wkrótce i powrócił dopiero dnia trzeciego, lecz w sposób o wiele gwałtowniejszy. Bóle te występowały odtąd w napadach, brzuch się wzdymał, wystąpiły nudności a potém wymioty niekałowe. Ciepłota ciała niepodniesiona, tętno drobne nikłe, zaparcie stolca nieustępujące żadnym środkom. Brzuch miernie wzdęty daje przy wypuku odglos jawny z wyjątkiem miejsca ograniczonego nad prawym więzem Pouparta, gdzie był stłumionym. Chory podaje, że najsilniéj występuje ból w lewéj zatoce biodrowéj, gdzie téż początkowo dawał się wyczuć silniejszy opór. W przypuszczeniu zapory mechanicznéj w dolnym odcinku kiszki grubéj, a nie mogąc na pewne orzec, czy zapalenie otrzewny jest czy nie, postanowiliśmy przystąpić do laparotomii, jako jedynego jeszcze środka, w którym można było jaką taką pokładać nadzieję a to tém bardziéj, o ile mi wiadomemi były z literatury przykłady, że i późniéj przedsięwzięta laparotomija była uwieńczona dobrym skutkiem. Gdy jednak po otwarciu jamy brzusznéj ujrzeliśmy otrzewnę mocno zaczerwienioną i lekkim pokładem włóknika pokrytą, a obok tego płyn mętnawy, straciliśmy nadzieję utrzymania życia; rozchodziło się jeszcze o usunięcie przeszkody mechanicznéj, aby chociaż przez to sprowadzić niejaką ulgę. Widząc kiszkę poprzeczną mocno rozdętą miałem poparcie twierdzenia, że

przeszkoda musi być niżéj, posuwałem przeto rękę zwolna ku lewéj zatoce biodrowéj, gdzie rzeczywiście natrafiłem na większy opór jakby od zagiętego jelita esowatego. Gdy jeden z kolegów wszedł palcem do kiszki stolcowéj ja równocześnie pociągałem za kiszkę zstępującą, przyczém uczułem jakby odkręcenie a w dowód tego, że to było przyczyną zaparcia kiszki, puścił się w téj chwili przez rzyć kał rzadki w znacznéj ilości. Natychmiast zamknąłem jamę brzuszną i opatrzyłem ranę antyseptycznie. Ulga była nieznaczną, osłabienie postępowało coraz daléj, tak iż pacyjent zmarł w 24 godzin po operacyi. Przy sekcyi stwierdzono zapalenie otrzewny i niezwykle wydłużoną przyokrężnę zagięcia esowatego.

Podając niniejsze przypadki do publicznéj wiadomości jedynie dla zwiększenia materyjału statystycznego, nie mogę jednak pominąć sposobności, aby na razie nie wysnuć z nich jakichś wniosków, aby nie poszukać potwierdzenia znanych już faktów, aby zresztą nie spróbować zwalczyć mylnych zdań przeciwników.

Przedewszystkiém pragnąłbym, żeby rozbiór tych przypadków mógł przysporzyć jak najwięcéj adeptów dla téj młodéj operacyi, któréj, mimo wszelkiéj opozycyi, świetną przyszłość rokować sobie pozwalam.

Moje powyżéj przytoczone przypadki potwierdzają zdanie, już tylekrotnie przez chirurgów wypowiedziane, że dotychczasowe niekorzystne wyniki laparotomii w niedrożności jelit pochodzą po największéj części z powodu za późnego jéj przedsięwzięcia. I tak, jeżeli porównamy przypadki pierwszy, piąty i szósty, to każdy przyzna, że co do istoty przeszkody, szybkości jéj odszukania i metody operacyjnéj żadne prawie nie zachodzą różnice. Jedyna kardynalna różnica jest widoczną tylko w stanie otrzewny, znalezionym przy operacyi: w pierwszym przypadku była ona jeszcze prawidłową, to téż i wynik operacyi był dobrym, w obydwu innych znalazłem otrzewnę czerwoną, nastrzykaną tu i owdzie wypociną włóknikową pokrytą, to téż i zejście było śmiertelném. Co więcéj, w pierwszym przypadku wykazała obserwacyja pierwsze początki podrażnienia otrzewny, które mnie zniewoliły do przyspieszenia operacyi, która gdyby była opóźnioną, z pewnością byłaby się podobnie zakończyła, jak w przypadku 5ym i 6ym.

Opóźnienia te pochodzą ztąd, że znaczna liczba lekarzy skłonną jest w przypadkach niedrożności do przedłużonych prób środkami czyszczącemi, z obawy aby nie narazić się na zarzut, że otwarto jamę brzuszną tam, gdzie do tego nie było wskazania. Nie da się zaprzeczyć, że tu i owdzie wydarza się spostrzegać przypadek, w którym środki te ostatecznie dobry skutek sprowadzają, to też żaden operator nie przystępuje i nie powinien przystępować do operacyi, dopóki nie spróbowano środków przeczyszczających; nacisk położyć należy tylko na to, aby wyczekiwania te nie przeciągały się zbytecznie długo i aby odbywały się ze ścisłą lekarską kontrolą przypadów dominujących.

Z przedmiotem tym stoi w ścisłym związku rozpoznanie, bo gdzie na pewno możemy powiedzieć, że przyczyną niedrożności jest uwięźnienie, skręt, wglobienie, nowotwór lub bliznowate zwężenie, tam i wskazanie do laparotomii jest niezachwiane. Wątpliwém może ono być tylko tam, gdzie nie możemy wykluczyć zaparcia kałowego *(tumor stercoralis)* lub zapalenia otrzewny.

Mój przypadek czwarty wykazuje, że ropne zapalenie otrzewny skutkiem nadżarcia ściany jelita dawało zupełny obraz niedrożności jelita i przed operacyją nie mogło być rozpoznaném. Uhde (Chirurgija Pithy i Billrotha) przytacza podobny przypadek Vassora i dodaje, że jakkolwiek autorowie o takiéj pomyłce dyjagnostycznéj często wspominają, przypadek ów jako dowód znalazł się w literaturze odosobnionym. Wiem z opowiadania kol. prof. Mikulicza o podobnym przypadku obserwowanym w tutejszéj klinice; w takim razie obydwa w Krakowie postrzegane przypadki stanowić będą cenny materyjał naukowy. Czy tego rodzaju pomyłki dyjagnostycznéj należy się bać wobec otwarcia jamy brzusznéj? Odpowiadam stanowczo, że nie, jakkolwiek mój przypadek na dowód tego przytoczonym być nie może, gdyż tu przystąpiło zapalenie ropne do dawnego zapalenia chronicznego, które wywołało zlepienia i zrosty. Jeżeli jednak zważymy, że ropne zapalenie otrzewny, czy to urazowe, czy samoistne, jest absolutnie śmiertelném, to laparotomija, choćby dawała nie wiem jak mały odsetek wyleczenia, zawsze uważaną być musi za środek zbawienny. Nie dziwię się więc, że w ostatnich czasach zaczynają się pojawiać prace nawołujące do przedsiębrania laparotomii w przypadkach ropnego zapalenia otrzewny; tu wspomnę na razie tylko o rozprawie Zesasa (*Wien. med. Woch.*, 1883, Nr. 38) i Leydena, który mimo tego, że przed dwoma laty z tak ostrą wystąpił był krytyką odwagi a raczéj, według niego, zuchwalstwa chirurgów, sam obecnie doradza laparotomii przy sposobności omówienia samorodnego zapalenia otrzewny i po niéj wielkich spodziewa się korzyści.

Nie śmiałbym jednak tak samo twierdzić o zapaleniu otrzewny surowiczém lub raczéj surowiczo-włóknikowém, które również może dać do złudzenia podobny obraz niedrożności jelit, a które ponieważ niekoniecznie musi przejść w zapalenie ropne, może się pomyślnie zakończyć, choćby i po bardzo długiém trwaniu choroby. W takim przypadku wykonana laparotomija byłaby wręcz szkodliwą. Świeżo mam jeszcze w pamięci przypadek, w którym u młodéj panienki skutkiem nieodpowiedniego zachowania się w ogóle, a w szczególności podczas miesiączki (jazda konna bardzo forsowna, zimna kąpiel itp.) rozwinęły się były w ciągu kilku dni przypady niedrożności jelit. Wobec groźnych przypadów miało liczniejsze grono lekarzy orzec, czy nie należałoby wykonać laparotomii; lecz stan podgorączkowy, daléj dający się wykazać płyn wolny w jamie brzusznéj wobec stanowczego twierdzenia ordynaryjusza Dra Szewczyka, że choroba rozpoczęła się od bólu w okolicy jajnika prawego, pozwoliły rozstrzygnąć na stronę zapalenia otrzewny i usunąć myśl o laparotomii. Pacyjentka ta wyzdrowiała po używaniu opiatów, rozgrzewających się okładów itp. w przeciągu kilku tygodni.

Co do zatkania kałowego, to rzeczywiście w wielu razach może ono przebiegać podobnie jak niedrożność jelit wywołana jednym z powyżéj przytoczonych powodów. Przypuścić trzeba, że owe przypadki niedrożności, w których skutkowały środki przeczyszczające, a które jak fantomy od laparotomii odstraszające przez niektórych lekarzy bywają przytaczane, miały przyczynę w owém zaparciu kałowém. Jeżeli jednak zważymy, że niektóre z tych przypadków absolutnie dadzą się rozpoznać, daléj, że niektóre z nich odkryją się jako takie po zadaniu środków przeczyszczających i tym podobnie działających wydatnych lawatywach w ciągu pierwszych 24 do 30 godzinach; to śmiało rzec możemy, że zbytecznie podjęta laparotomija rzadko wydarzyć się

może. I rzeczywiście dotąd nieznanym jest w literaturze tego rodzaju przypadek, a gdyby się kiedyś taki wydarzył, to przecież laparotomija taka dyjagnostyczna, ściśle antyseptycznie wykonana, wobec nie zadrażnionéj otrzewny dałaby bardzo mały a może żaden odsetek śmiertelności. Na to już chyba dowodów przytaczać nie potrzebuję, bo tysiące owaryjotomij, hysterotomij itp. operacyj bardzo wymownie za tém przemawiają. Tak więc śmiało twierdzić można, że niebezpieczeństwo wynikające z przedsięwziętéj laparotomii w niedrożności jelit zawcześnie jest bardzo nieznacznem wobec niebezpieczeństwa, które wynika z opóźnienia téjże a tém bardziéj z zupełnego zaniechania. Ależ operacyja ta liczy nieprzyjaciół nietylko między lekarzami trudniącymi się leczeniem chorób wewnętrznych; ma ona ich także pomiędzy samymi chirurgami. I tak np. wystąpił w ostatnich czasach Krönlein (*Ueber die chirurgische Behandlung des Ileus. Correspondenzblatt f. Schweiz. Aerzte*, 1883, Nr. 15) przeciw laparotomii a za enterotomiją, wychodząc z tego stanowiska, że częstokroć trudno jest odszukać po rozcięciu brzucha właściwéj przyczyny niedrożności.

Pod tym względem zgadzam się w zupełności na wywody Schramma (l. c.) i dodam tylko, że moje przypadki pomagają zbijać wywody Krönleina, albowiem we wszystkich sześciu z łatwością i prędko dała się odszukać a w pięciu i usunąć przeszkoda; w jednym tylko nie mogła być wcale usuniętą. Jeżeliby się jednak natrafiło na taki przypadek, gdzie ona albo odszukaną albo usuniętą być nie może, natenczas pozostaje nam jeszcze enterotomija, któréj już nie wykonywamy na ślepo ale z całym spokojem, wygodą i pewnością.

Jeszcze jednę uwagę pod względem dyjagnostyki pozwalają mi moje przypadki uczynić, oto, że wymioty kałowe spostrzegłem tylko w tych trzech przypadkach, w których laparotomija wykazała przeszkodę powyżéj kiszki ślepéj umieszczoną. W dwóch zaś, w których przeszkoda była poniżéj kiszki ślepéj i w jednym, w którym wcale nie było niedrożności, nie było też i wymiotów kałowych. Okoliczność ta, jeżeli będzie i w innych przypadkach sprawdzoną, będzie mogła obok kształtu brzucha i lokalizacyi bólu odgrywać rolę w rozpoznawaniu siedziby niedrożności.

Nie od rzeczy będzie zwrócić uwagę szanownych Czytelników jeszcze na przekłócie rozdętego jelita, które w pierwszym przypadku po dwakroć wykonałem. Obydwa razy wyszedł najprzód gaz a potém rzadki kał, który musiał być ostrożnie do naczynia chwytanym, wreszcie po wyjęciu trójgrańca probierczego wyszło jeszcze kilkanaście kropel kału aż nakoniec ranka szczelnie się zamknęła. Spostrzeżenie to przemawia przeciw nakłówaniu jelit przez ścianę brzuszną, gdyż i w takim razie z łatwością mogłoby się dostać po wyjęciu kaniuli do jamy brzusznéj tych kilkanaście kropel kału, które w tym razie nie mogąc być tak spłókanemi jak to czynimy przy laparotomii wystarczyłyby do wytworzenia septycznego, a więc śmiertelnego, zapalenia otrzewny.

Na koniec poucza nas jeszcze pierwszy przypadek, że przewiezienie chorych z niedrożnością jelit nawet na znaczne przestrzenie nie jest szkodliwém. Udowodnienie tego chociażby na jednym przypadku jest faktem dosyć znacznéj doniosłości, albowiem nietylko rodzina ale i częstokroć sami lekarze sprzeciwiają się przeprowadzeniu takich chorych do zakładów, w których najkorzystniéj można takie operacyje jak laparotomije wykonywać, gdyż rzadko gdzie, a już najmniéj na wsi lub w małych miasteczkach osobliwie u ludzi mniéj zamożnych, można natrafić na warunki jako tako sprzyjające otwarciu jamy brzusznéj.

II. O schyzomycetach w ropie.

Podał Dr. Med. J. Ziemacki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 48).

Przypatrzmy się teraz klinicznemu przebiegowi zapalenia opisanego w pierwszych trzech przypadkach téj grupy. Sąto dwa *panaritia* i jedna *mastitis puerperalis*. Pod względem klinicznym sąto cierpienia bardzo różne i o wiele od siebie oddalone. Uznając zaś hipotezę, że schyzomycety są przyczyną zapaleń i mając w tych przypadkach jednakowy rodzaj grzybka, musimy przyjść do wniosku, że istota tych cierpień jest jedną i tą samą, a w danych razach rozmaite jest tylko umiejscowienie sprawy zapalnéj, istota zaś takowéj pozostaje jednostajną. Sąto zapalenia identyczne. Toż samo mieliśmy już w grupie pierwszéj. I tam stanęły tuż obok siebie zapalenia przenajrozmaitszych organów. Okoliczność taka poucza nas, że umiejscowienie zapalenia nie posiada wpływu na kształt schyzomycetów, to jest, że rodzaj organu i rodzaj tkanki, jak się zdaje, nie wpływają na to. Widzimy bowiem, że też same schyzomycety raz mieszczą się w skórze, drugi raz w gruczołach limfatycznych, innym znów razem w wysięku stawowym itd.

Na tém miejscu warto nieco dłużéj zatrzymać się nad kwestyją, czy też te mikrokoki znalezione w obu grupach i o tyle tylko różne od siebie, jak to opisałem wyżéj, są istotnie schyzomycetami różnego gatunku, czy też może przedstawiają jeden gatunek w różnych tylko okresach rozwojowych. Powinniśmy zawsze mieć na uwadze podobne pytanie, od chwili, w któréj badania Prażmowskiego nad *Clostridium butyricum*, Billrotha nad *Coccobacteria septica*, Cieńkowskiego nad *Leuconostoc mesentorioïdes* i wielu innych wykazały w rozwoju rozszczepników przemianę pokoleń stałą i podlegającą pewnym niewzruszonym prawom. Otóż przeciwko temu, ażeby te dwie postacie mikrokokowych zooglej miały być tylko różnemi okresami tegoż samego grzybka, bardzo wiele przemawia już ten wzgląd, że w tym samym przypadku nigdy i nigdzie nie udało mi się wyszukać form przejściowych. Gdyby opisana już wyżéj różność układu mikrokoków w kolonijach z dwu grup miała być skutkiem tylko rozmaitych okresów, to bez wątpienia udałoby się w każdym przypadku znaleźć liczne bardzo formy przejściowe. Tego jednak nie było wcale. Jestto więc okoliczność wielkiéj wagi. Preparata ropy z grupy pierwszéj różniły się stanowczo i stale od preparatów z grupy drugiéj. Różnica polegała na układzie i uszeregowaniu mikrokoków. Była ona o tyle stałą, że ani różna pora badania względnie do siły i do natężenia sprawy zapalnéj, ani też może różny sposób przedwstępnego przygotowywania preparatów różnicy takiéj nie usprawiedliwiają. Rzeczą o wiele prostszą będzie przypuszczenie, że różnica znaleziona w układzie odpowiada różnym gatunkom grzybków, to jest mamy do czynienia z jednakowym okresem u dwu różnych ale *notabene* zapewne pokrewnych gatunków grzybków pasorzytniczych. Wysnuwamy taki wniosek dla tego, że w obu razach mamy do czynienia z mikrokokami parzystemi jednakowéj wielkości i kształtu, ułożonemi tylko w rozmaity, ale zawsze stały i nawet bar-

dzo charakterystyczny sposób tak, że rozpoznanie preparatu z kilku tylko kolonij jest rzeczą arcyłatwą. Z hodowli sztucznych innych rodzajów schyzomycetowych (*Clostridium butyricum*, *Bacterium subtile*, *B. anthracis*, *B. cyanogenum*, *B. tuberculosis*) znamy analogiczny okres pod względem morfologicznym zupełnie odpowiedni okresowi opisanemu w obu grupach. Jestto tak zwany okres zarodnikowy, w czasie którego w prątkach lub w niciach laseczuikowatych powstają kuliste ciałka (mikrokoki, rzadko makrokoki) w pewnym porządku, które przedstawiają rodzaj zarodnika zdolnego do życia w pewnych warunkach. Ten rozwojowy okres odznacza się nadzwyczajnie wytrwałém życiem u wielu grzybków, które o wiele przechodzi wytrwałość wszystkich innych okresów względnie postaci, jako to prątków (laseczników) i nici. Naprzykład faktem znanym jest to, że płyny antyseptyczne muszą być użyte dla zabicia zarodników w o wiele większém natężeniu niż dla zabicia prątków tegoż samego gatunku. To samo co do wysokiéj temperatury: zarodniki są bowiem o wiele wytrzymalsze od laseczników (prątków) tegoż samego rodzaju. R. Koch wykazał to wszystko w sposób całkiem jasny dla prątka karbunkułowego. A więc i w danym razie mamy do czynienia właśnie z takim samym okresem rozwojowym, t. j. już z tym stanem u dwu rodzai grzybkowych, który jest znany i pod względem morfologicznym zupełnie podobny do okresu zarodnikowego innych schyzomycetów. Mamy w takim razie przed sobą w dwu grupach dwa różne gatunki grzybka w jednym okresie pochwycone.

Uznawszy istotę cierpień zebranych w grupie pierwszéj za zupełnie identyczną ze względu na tożsamość organizmów pod względem układu i postaci postąpiliśmy wbrew utartym i powszechnie przyjętym zasadom tegoczesnéj nauki, ponieważ w ten sposób genetycznie uznaliśmy za identyczne sprawy chorobowe dotychczas uważane jako pod względem klinicznym zupełnie odrębne. Jednakowoż nic w tém nie ma dziwnego, że dopóki posługiwano się tylko powierzchowném badaniem i dopóki odgraniczano cierpienia tylko przez obserwacyję objawów powierzchowych (czy to wewnętrznych czy to zewnętrznych), nie wdając się w drobnowidowe badania, dopóty musiano wytwarzać wiele działów i grup. Z tego stanowiska będzie rażącą pomyłką zestawienie *endometritis puerperalis* z *mastitis*, *erysipelas* z *phlegmone* lub jakim wrzodem i uznanie, że istota tych spraw jest jedną. Musimy jednak z naszego stanowiska przyznać, że śród rozróżniania chorób opieranie się tylko na symptomatologii grzeszy jednostronnością. Jednostronność ta wydaje ten smutny owoc, że oddzielamy raz cierpienia może identyczne, a drugim razem łączymy w jedno choroby może całkowicie różne. Rzecz jasna, że nasze sposoby badania i nasz dar spostrzegawczy może się stósować tylko do rzeczy powierzchownych, do objawów zewnętrznych, miejscowych lub ogólnych. Wątpić należy, czy przez dostrzeżenie tych zewnętrznych ogólnych, czy też miejscowych objawów można było wszędzie i zawsze rozpoznać istotę sprawy zapalnéj, tém mniéj, że najprawdopodobniejszą jest rzeczą, że nasz ustrój w jednakowy niemal sposób oddziaływa na rozmaite bodźce zapalne. A ztąd wynikać może, że w sprawach chorobowych rozmaitéj natury otrzymujemy jednakowe zmiany anatomiczne lub fizyjologiczne. Polegając przeto zbytnio na różnicy objawów zewnętrznych bardzo łatwo popaść można w błąd w dwojakim, jak już wspomniano, kierunku. Nauka lekarska dotychczas dla ułatwienia sobie oryjentowania się w tej dziedzinie od saméj swéj kolebki używa sposobu rozróżniania cierpień zapalnych (ostrych) podług organów napastowanych przez chorobę. Tak np. mamy *pleuritis*, *endometritis*, *osteomyelitis*, *gonitis*, *mastitis*, *ophthalmitis* itd. Taki sposób okazał się tém praktyczniejszym, iż odpowiada w zupełności wskazaniom leczniczym, które z natury rzeczy dla różnych organów różnie wypadły. W czysto naukowém znaczeniu taki systemat chorób nie przedstawia wielkiéj wartości. Jestto niby sztuczny i dowolny systemat roślin Lineusza. Oprócz bowiem tego, że opierając się jedynie na symptomatologii musimy wyprzeć się związku pomiędzy istotą *cyclitis* i istotą *coxitis*, tak też jesteśmy zmuszeni nieraz cierpienia nawet z przebiegiem różnym umieszczać w jednéj grupie. Tak np. obejmujemy mianem: *gonitis acuta purulenta* wszelkie sprawy ropne, przebiegające w jamach kolanowych, wiedząc bardzo dobrze, że cierpienia te co do swéj istoty są nieraz zasadniczo różne.

Zupełnie co innego wypadnie, jeżeli zamiast wyłącznie posługiwać się symptomatologiją lub lokalizacyją cierpienia, jak to po większéj części dotychczas czyniliśmy, zaczniemy natomiast śród rozróżniania chorób brać pod uwagę istotę choroby, uwzględniać etyjologiję i doszukiwać się pierwotnego bodźca zapalnego, — wówczas dopiero patrafimy ułożyć iście naukową systematykę chorób zapalnych. Wówczas bez wątpienia będziemy w stanie stanowczo rozdzielić to, co dotychczas pod jedną pokrywką łączymy, i wówczas, być może, obejmiemy jednem mianem cierpienia obecnie uznawane za zasadniczo różne. Tak samo i w tym niezbyt szczupłym zakresie, którego obecna rozprawa dotyczy, w zakresie zapaleń ropnych tkanki łącznéj, uwzględnienie téj zasady powinno wydać pożądany rezultat. Zwracając bowiem uwagę na bodziec chorobowy wchodzimy w rozpatrzenie istoty samego cierpienia, przez co otrzymujemy sposób, który nas nieomylnie o istocie cierpienia pouczy. Jeżeli się bowiem okaże, że różne co do swéj istoty sprawy zapalne posiadają różne schyzomycety i na odwrót jednostajne sprawy, jednakie pasorzyty, to wtedy cała ta sprawa będzie rozstrzygnięta w sposób stosunkowo łatwy. Przez zbadanie bowiem drobnowidowe potrafimy wyróżnić rodzaj grzybka chorobowego, a wtedy wyróżnimy i rodzaj cierpienia. Być też może, iż metoda taka okaże się ważną pod względem praktycznym, gdyż wówczas znajdziemy jeszcze jednę podstawę rokowania w cierpieniu. Zanim jednak nauka w ten sposób stanie niemal u szczytu swego, zmuszeni będziemy liczyć się z obecnym jéj stanem. Nie może jednak ulegać już wątpliwości, że medycyna kroczy ku temu dość szybkim krokiem i systematyzowanie cierpień etyjologiczne z dnia na dzień nabiera coraz większego znaczenia.

Jeżeli więc zaczniemy rozróżniać cierpienia i gatunkować je podług istoty zapalnéj, któréj miarą będzie u nas rodzaj grzybka pasorzytniczego, natenczas musimy po pierwsze łączyć w jedno sprawy zapalne dotychczas uznawane za różne i powtóre naodwrót rozłączać sprawy jednakie na pozór, jeżeli tylko badanie drobnowidowe wykaże nam, że w pierwszym przypadku grają rolę jednakie, a w drugim różne schyzomycety. Co się tyczy pierwszéj okoliczności to już omówiliśmy ją, jak się zdaje, dostatecznie, rozpatrując przypadki z grupy pierwszéj. W tém miejscu zaznaczę jeszcze raz tę okoliczność, że kliniczne spostrzeżenia wielce za tym punktem widzenia przemawiają. Widzieliśmy w grupie pierwszéj cały szereg najrozmaitszych cierpień powstałych na gruncie jednéj i téj saméj choroby, a mianowicie

róży. Łatwo sobie jednak przypomnieć, że róża bywa bezpośrednim powodem jeszcze wielu innych chorób. Naprzykład róża głowy i twarzy nierzadko przechodzi bezpośrednio po tkankach w głąb czaszki i wówczas wywołuje ropne zapalenie opon mózgowych, pod względem anatomicznym wcale nieróżne od zapalenia idyjopatycznego tychże błon. Rzecz jasna, że w danym razie zapalenie opon mózgowych jest co do swéj istoty identyczne z różą na skórze zewnętrznéj, chociaż zapalenia te pod względem symptomatologicznym wcale są różne. I naodwrót *meningitis purulenta* po róży na głowie nie ma nic wspólnego z idyjopatyczném nagminném zapaleniem błon mózgowych. Nieraz bywa, że w przebiegu róży po nad stawami powstają ropne wysięki w jamach stawowych, które trwają przez czas o wiele dłuższy od pierwotnego ogniska róży. Myliłby się grubo ten, ktoby zechciał te ropne zapalenia odnieść do jednéj kategoryi z wysiękami reumatycznemi lub rzeżączkowemi, gdyż są to sprawy pod względem etyjologicznym bardzo odmienne. Przykładów takich dałoby się tysiące przytoczyć. Z tego wszystkiego widzimy, że chociaż zapalenie może się mieścić w najrozmaitszych organach i występować w bardzo rozmaitych postaciach, może jednak w swéj istocie pozostawać stale jednostajném. Jak tu tak i tam bowiem jest ono wywołane przez ten sam rodzaj schyzomycetu.

W ten sposób wytłumaczyłem, jak się zdaje, dostatecznie, że istota zapalenia we wszystkich przypadkach z grupy pierwszéj pozostaje jedną, chociaż sprawa zapalna nagabnęła różne organa i występowała w przeróżnych postaciach klinicznych.

Przejdźmy teraz do drugiego wniosku wprost odwrotnego, który jednak pomimo to nie przestał być tylko prostém logiczném następstwem wyników obecnego badania. Zwrócić należy uwagę na to, że cierpienia uważane za jednostajne i nawet pod względem klinicznym zupełnie identyczne zostały umieszczone w dwu grupach oddzielnych. Tak np. w przypadku II i X mamy pozornie toż samo cierpienie, a mianowicie ropne zapalenie gruczołu piersiowego. Pomimo to przypadki te zostały odniesione do dwu zupełnie różnych grup. Tak samo w grupie pierwszéj znajdujemy jeszcze dwie rozległe flegmony rąk, a w grupie drugiéj dwa przykłady zanogcic. — Mogłoby się pozornie wydawać, że te dwa ostatnie przypadki są tylko zapaleniem tkanki łącznéj jak w flegmonie w grupie pierwszéj, tylko w stopniu o wiele słabszym. A jednak zaliczamy te sprawy do dwu grup zasadniczo różnych. Trzeba nadto jeszcze dodać, że objawy we wszystkich tych odpowiednich przypadkach nie różniły się wcale od siebie. Wejrzenie *mastitis* w przypadku X nie różniło się bynajmniéj od wejrzenia *mastitis* w przypadku II. Toż samo można powiedzieć i o zapaleniach skóry, które w grupie pierwszéj różniły się na pozór tylko rozległością i natężeniem od zapalenia w grupie drugiéj; a najbaczniejsze oko nie mogłoby odszukać żadnéj innéj różnicy. Na pozór byłyto cierpienia identyczne. Wydaje się przeto rzeczą bardzo dziwną, jeżeli je zasadniczo rozróżniamy. Badanie drobnowidowe wykazało jednak, że w przypadkach pozornie identycznych sprawcami zapalenia są różne mikroorganizmy.

Jako przykład objaśniający tę myśl przytoczę tutaj co następuje: jeżeli weźmiemy pod uwagę zapalenie skóry pod wpływem jadu karbunkułowego i zapalenie skóry pod wpływem jadu septycznego, tak zwaną *phlegmone*—to otrzymujemy dwie sprawy wielce do siebie podobne. Różnica polega tylko w drobniejszych szczegółach. Ogólny jednak przebieg, zmiany anatomiczne itd. są do siebie bardzo zbliżone. Pomimo tego wielkiego podobieństwa obu spraw, odróżniamy je stanowczo od siebie, a to szczególniéj od chwili, jak poznaliśmy w prątku karbunkułowym bezpośrednią etyjologiczną przyczynę zapalenia karbunkułowego. Zupełnie także sama rzecz zachodzi z poszczególnemi postaciami sprawy zapalnéj. I tutaj przez dokładne poznanie bodźca etyjologicznego oddzielamy od siebie stanowczo formy zapalne pozornie identyczne.

Ztąd wynika, że podział zapaleń stósownie do etyjologicznego czynnika jest nie tylko uprawniony, ale nawet dla postępu nauki o *sepsis* i o zapaleniu koniecznie potrzebny. Jeżeli bowiem zostanie udowodnioném, że w obu razach zapalenie *quasi* identyczne bywa wywołane przez dwa różne rodzaje schyzomycetów, to wtedy trzeba będzie uznać, że są to sprawy pokrewne, ale zasadniczo różne. (Dok. n.)

III. Kazuistyka lekarska w Turcyi.

Zebrał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 36).

Do rzędu chorób skórnych wywołujących swędzenie zaliczyć należy dość często spotykane tu przypadki pierzchnicy (*Lichen*), zasługującéj têm więcéj na uwzględnienie, że nieraz cierpienie to było powodem popełniania błędów rozpoznawczych, które wywołały niestosowne leczenie. Wiadomo bowiem, że jedna z odmian pierzchnicy (*L. circumscripta*) usadawia się często, mianowicie u małych dzieci w przedziałach między palcami, na brzuchu, piersiach i odnogach, naśladując têm samêm zwykłe siedlisko świerzbu. Podobne przypadki mylnego rozpoznania nierzadko dają się tu spotykać, dzięki głównie częstemu występowaniu pierzchnicy pośród pewnych warstw ludności wschodniéj, gdzie odżywcze zboczenie zołzowe tak często ma miejsce. Największą ilość przykładów tego cierpienia daje się zauważyć między derwiszami, t. j. mnichami tureckimi, daléj u dzieci mieszkańców Mezopotamii i Syryi, w większych miastach Anatolii, rzadziéj w północnych prowincyjach i tylko wyjątkowo u osób podeszłego wieku z klasy zamożniejszéj, u których głównie zauważono odmianę zwaną sinawą. Z rodzajów pospolicie tu spotykanych zasługuje na uwagę pierzchnica liszajowata (*L. agrius*) występująca przeważnie u osób młodych; pierzchnica pokrzywkowa, nagabująca wyłącznie dzieci. Na powstanie tego cierpienia prócz samego temperamentu wpływa także klimat, a zdaje się, że nie mały wpływ wywierają nadużycia wyskoku, złéj jakości pokarmów obok zaniedbanéj higijeny powłok skórnych. Jakkolwiek nieznośne swędzenie wprowadza zwykle chorych w stan podrażnienia nerwowego, to jednak przekonanie o niezaraźliwości téj choroby usposabia ich do wytrwałego znoszenia przykrego tego uczucia, opóźniając wzięcie się do stosownego leczenia, które zastosowane na czasie skróciłoby ten dolegliwy stan chorobowy. Opieszałość ta jednak czy upór nie osłabia wcale zmyślności wschodniéj w wynajdywaniu rozmaitych sposobów leczenia, z liczby których najbardziéj oryginalném i o tyle téż nieodpowiedniém jest postępowanie mnichów tureckich. Ponieważ zaś najdotkliwszym objawem chorobowym pierzchnicy jest swędzenie, więc ku usunięciu tego ostatniego najprzód zwracają się wszelkie usiłowania. Jeżeli okolica ciała jest dostępną dla paznogci zawsze zaznaczonych żałobnym brzegiem, wtedy za ich pomocą lub po zastosowaniu okładów z kamforą, lub liści tytuniowych, zwykło się łago-

dzić siłę swędzenia. W razie przeciwnym, gdy pierzchnica usadowiła się w okolicy mniéj dostępnéj dla paznogci, wtedy derwisze posługują się tak zwaną gedysztyk czyli poprostu łopatką wyrobioną z drzewa dębowego a niekiedy i z hebanu, ozdobną w oryginalne rzeźby i nacięcia, którą bez ceremonii używa się w każdéj chwili, gdy do tego zmusza swędzenie. I choć podobne łopatki, po zdarciu niemi powierzchni chorobowo zajętéj, uśmierzają na chwilę uczucie swędzenia, to jednak silne podrażnienie, jakie wywołują, pogorsza tylko zwykły stan pierzchnicy, rzadko kiedy ustępującéj przy tém prawdziwie barbarzyńskiém postępowaniu.

Z innych środków znajdujących tu zastosowanie, mogę wymienić trociny ze starego drzewa cyprysów, hałun, skrobię zarobioną pewną ilością gumy, rozpuszczoną w wodzie i następnie przez wylanie na gorące miedziane płyty przeobrażoną w cienkie arkusze. Te ostatnie zwilżone nieco oliwą z macierzanki, bywają przykładane na powierzchnie chorobowo zajęte i nieraz dają dość zadowalające wyniki, lecz tylko w przypadkach ostréj pierchnicy. W stanie długotrwałym cierpienia dziegieć i kamfora, a jak w Syryi, to sok świeżo wyciśnięty z łodyg *Euphorbia racemosa*, bywają powszechnie używane. Terpentyna zmięszana z pewną ilością olejku pomarańczowego bywa uważaną przez mieszkańców Libanu za nieomylny środek do usunięcia swędzenia i przyspieszenia zagojenia się obrażeń skórnych. W okolicach pobliskich Alepu i w pośród Arabów osiadłych w dolinach Eufratu makowiec odgrywa bardzo ważną rolę w leczeniu pierzchnicy. Używają go w dwojaki sposób: pewna ilość ztężałego soku wkłada się do mleka owczego, pozostawia się w spokoju w ciągu paru dni, i następnie ten rodzaj nastoju służy do okładów. Wewnętrznie zaś makowiec bywa brany w dawkach dość wysokich, do których tylko Arab może się bezkarnie przyzwyczaić. Rodzaj swojskich pigułek zarobionych z mąki prosowéj i zawierających także makowiec jest tu pospolitym środkiem używanym w celu złagodzenia swędzenia. Jak jednak widzimy całe to ludowe leczenie pierzchnicy ogranicza się wyłącznie do zastosowania środków zewnętrznych. Przypadki więc istotnych wyleczeń są tu bardzo rzadkie; tłumaczy to nam wreszcie sama natura cierpienia, w którego leczeniu koniecznie wypada uwzględnić temperament, wiek, budowę ustrojową, a także formę i czas trwania cierpienia, wskazujące potrzebę zastosowania leków bardziéj energicznych, dających większą pewność wyleczenia lub przynajmniéj trwalszego złagodzenia przykrych jego objawów.

Od trzech lat pozostając w Sułtan-Czairze pośród wychodźców kaukaskich Czerkiesów i Nogai, miałem sposobność spostrzegania bardzo licznych przypadków półpaśca (*zona*), którego nadzwyczajna częstość, a głównie charakter epidemiczny, zachęciły mnie do zamieszczenia następującego opisu w kategoryi chorób skórnych, rzadziéj tu spotykanych.

O właściwych przyczynach sprzyjających powstawaniu półpaśca mało co wiemy. Zdaje się jednak, że w przykładach tu spostrzeganych, do niedających się określić przyczyn wywołujących należy dodać zwyczaj tu obserwowany bardzo silnego ściskania się surowcowym paskiem, wąskim i twardym, albo noszonym tylko na koszuli albo téż uciskającym wierzchnią odzież. Forma zaś tegoż cierpienia, występująca także i na szyi, zawdzięczać się zdaje swoje powstanie zrąbkowi stojącego kołnierza koszuli, bardzo ściśle przylegającéj do szyi. Chorobę wyłącznie spotykałem u mężczyzn. Wywiady o czasie jego trwania zapewniły mnie, ze cierpienie to zostało przyniesioném jeszcze z Kaukazu w okresie pierwszego wychodźctwa, a zatém przed kilkunastoma laty; że trwając z pewnemi przerwami, powtarzało się często; wreszcie że się zmniejszyło w ilości swych przypadków, aby niejako wystąpić z nową siłą i w ostatnich czasach przybrać charakter prawdziwéj epidemii.—Z trzech znanych form półpaśca zauważyłem tu tylko kręgową i prostopadłą, przedstawiające następowe objawy chorobowe. Jeżeli cierpienie sadowiło się w okolicy lędźwiowéj, uczucie podniesionéj ciepłoty, rodzaj prawdziwego palenia, zdradzały jego początek. Ogólny stan osłabienia, nieład y ze strony narządu trawienia, swędzenie lub bóle kłujące wzdłuż rozgałęzień nerwowych, mianowicie zaś bóle w przestrzeniach międzyżebrowych, poprzedzały na kilka dni wybuch pęcherzyków wielkości soczewicy lub ziarnka konopi, stojących samotnie lub po kilka razem i wypełnionych surowicą białawą lub żółtawą, mętniejącą po kilku dniach. Grupy pęcherzyków miewały podstawę silnie zaczerwienioną; występowały nieregularnie lub tworzyły jednobiegłą linię z brzegami zapalonemi i $^1/_2$ cm. szerokiemi. Czas rozwoju i trwania pęcherzyków bywał rozmaitym. U mężczyzn młodych rozwój ich i więdnięcie następowały prędzéj, podczas gdy u starszych trwały niekiedy po parę lub kilka miesięcy. W żadnym jednak przypadku nie spostrzegłem, ażeby powłoka skórna pokryta wyrzutem pęcherzyków przeszła kiedykolwiek w stan zgorzeli. W razie zaś, gdy pęcherzyki nie uległy zwiędnieniu w skutek wessania ich treści, wtedy pękając pozwalały spostrzedz błonę czerwoną ściśle przylegającą do dalszych warstw skórnych, najczęściéj bolesnych i łatwo przechodzących w stan owrzodzenia, bardzo trudnego do wyleczenia, mianowicie u starców. W ogóle gojenie się owrzodzeń postępowało powolnie, potrzebując nieraz czterech tygodni czasu do utworzenia blizny połyskującéj, o brzegach równych, koloru ceglastego, stanowiącéj niezgładzony ślad przebytego cierpienia. W przebiegu półpaśca chorzy po przebyciu objawów wstępnych, prócz lekkich bólów i uczucia pieczenia, trwających do czasu pęknięcia pęcherzyków i wessania ich treści, nie doznawali żadnych innych przypadów. Nie tak jednak bywało w okresie następowym po przebytém cierpieniu. Gdy siedliskiem cierpienia była szyja lub jedna ze stron klatki piersiowéj, wyleczeni długi jeszcze czas uskarżali się na bóle drące i uczucie pieczenia. Po półpaścu w okolicy lędźwiowéj, gdy cechą cierpienia było zlanie się z sobą kilku grup pęcherzyków, czucie miejscowe bywało bardzo podniecone, silne i ostre bóle dawały się uczuć za najlżejszém dotknięciem, chory bywał zmuszony do wdziania szerokiéj jakiéjś szaty i zaniechania swego rzemiennego paska, co wszystko przy nadzwyczajnéj uporczywości tych chorobowych objawów na wszelkie sposoby leczenia, utrudniało powrót do właściwych zajęć, czyniąc położenie takich osób bardziéj nieznośném, aniżeli sam okres rozwojowy przebytego cierpienia. Najczęściéj jednak podobne przykłady następowych powikłań uważałem głównie u starców, nie tylko już osłabionych wiekiem, ale jeszcze przebytemi dawniéj zimnicami. Nagminny zaś charakter półpaśca pozwalał mi przypuszczać, że prócz wyżéj wzmiankowanych okolic chorobowo zajętych zdarzy mi się możność spostrzegania odmiennego siedliska cierpienia. Spodziewałem się, że może mi się tu uda potwierdzić przypadek podwójnego półpaśca spostrzegany w klinice wileńskiéj (Frank), lub przykład podany przez Rayera o siedlisku cierpienia na twarzy i policzkach, większą jego częstość po jednéj lub drugiéj stronie ciała, oraz na odnogach. Wycze-

kiwałem jednak naprożno. Wszystkie bowiem przypadki, tak w okresie trwania epidemii jak i dawniejsze, miały za jedyne siedlisko szyję i okolicę lędźwiową. (Dok. nast.)

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie.

X. zwyczajne posiedzenie Sekcyi lwowskiéj Tow. lek. gal. z dnia 22 listopada 1884.

Przewodniczący Dr. Widmann. Członków obecnych 16.

1) Kol. Dr. Roth przyjęty zostaje na członka Sekcyi lwowskiéj Tow. lek. gal.

2) Kol. Dr. Merczyński mówi o antipyrynie. Przypomina, że teraz i dawniéj było wiele środków, które jak meteory zajmują lekarzy na chwilę, narobią wiele wrzawy a potém przebrzmiewają i zostają zapomniane, antipyryn jednak jest pod tym względem wyjątkiem i należy do téj małéj liczby nowo pojawiających się środków, które mają przed sobą przyszłość i są już a jeszcze więcéj i będą przez lekarzy w pewnych celach używane. Prelegent podawał antipyryn 6 razy chorym dzieciom w szpitaliku, a mianowicie w dwóch przypadkach zapalenia płuc w 1ym przypadku zapalenia opłucny, w 2ch przypadkach ospy i w 1ym przypadku płonicy a oprócz tego raz w praktyce prywatnéj u gorączkującegosuchotnika dorosłego. Z chorych, którzy brali antipyryn dwoje dzieci w skutek ospy zmarło. Prelegent podawał różne ilości antipyrynu od $^1/_4$ do 2 i 3 grm. i przekonał się, że ciepłota nawet po małych dawkach antipyrynu obniża się o 1 i 2° lecz obniżenie to nie trwa długo, po dużych dawkach spada ciepłota o 2 do 4 stopni, nawet niżéj normy i obniżenie trwa dłużéj. Daléj zaznacza jeszcze że obniżanie się temperatury występuje we 2 godziny i wcześniéj po zażyciu i trwa czasem nawet przez 8 i więcéj godzin, w ogóle w przeciągu 3 do 4 godzin po zażyciu spada temperatura o 2 do 3 stopni. Przytacza wszystkie przypadki, w których dawał antipyrin i przechodzi kolejno, ile który chory zażył antipyrynu, i o ile i w jakim przeciągu czasu ciepłota się obniżyła; w końcu zwraca uwagę, że antipyryn nie wpływa wcale na przebieg choroby i choroba przebiega, pomimo zażywania większéj lub mniejszéj ilości antipyrynu, swoim torem, na tętno także nie wywiera żadnego wpływu, upadku sił nie sprawia, zażywanie antipyrynu nie jest przykrém, niektórzy chorzy wprawdzie po zażyciu dostają wymiotów, mimo to jednak radzi podawać lek daléj, a dalsze dawki nie zostaną zwymiotowane; w jednym tylko przypadku wystąpiła po zażyciu wysypka podobna do odry, która jednak ustąpiła, zachęca więc i prosi kolegów, aby podawali w stanach chorobowych z wysoką gorączką antipyryn, albowiem jest niezawodnym środkiem obniżającym znacznie i wnet po zastosowaniu temperaturę, bez wszelkich przykrych następstw.

W dyskusyi przemawia kol. przewodniczący, że Knorr odkrył, a Filehne pierwszy podawał antipyryn, potém Guttman, Biermer i inni dawali antipyryn prawie we wszystkich chorobach gorączkowych aż do 2 grm. co 2 godziny, i że antipyryn stale obniża temperaturę a nie sprawia ani nudności ani innych przypadów nieprzyjemnych, a obok tego jest środkiem tanim, bo u drogistów w Berlinie kosztuje gram $12^1/_2$ fenigów (choć u nas żądają aptekarze po 40 centów za gram), kol. Merczyński kupował po 13 cent. inni po 25 cent. gram), powinien więc ten środek znaleźć zastosowanie. Podawał także antipyryn w durze i suchotach płucnych, jednemu choremu dawano aż do 30 grm. w ciągu kilkunastu dni, a mimo to ani nudności, ani wymioty, ani upadek sił nie wystąpiły. Jedynie znanym dotąd przypadem jest wysypka podobna do odry, wysypkę tę postrzeżono i opisano w 5ciu przypadkach, a kol. Merczyńskiego byłby 6ty znany przypadek. Podawać można antipyryn w proszkach, w płynie, a nawet podskórnie, najkorzystniéj jednak wewnętrznie w proszku lub płynie, ponieważ antipyryn na chorobę samą nie wpływa, więc Nothnagel wystąpił przeciw jego stósowaniu, przewodniczący sądzi jednak, że skoro sprawia ulgę chorym, objawy mózgowe ustępują, obniża temperaturę, więc jest w każdym razie środkiem znakomitym. Opisują także, że po dłuższém zażywaniu antipyrynu występują poty, a przeciw tym potom zalecają agarycyn lub atropin.

Kol. Krówczyński zapytuje o skład chemiczny i własności fizyczne antipyrynu, na co kol. Dr. Ziembicki odpowiada, że Knorr nie podał jeszcze dokładniejszych wiadomości o składzie chemicznym, nazwał go tylko chemicznie dimetyloxychinidynem, i derywatem chinolinu.

Kol. Laskiewicz zapytuje, czy nie wiadomo z literatury ażali używano antipyrynu w owych końcowych okresach ciężkich porażeń, w których jak w hemi- i paraplegijach itp. nagle ciepłota podnosi się do bardzo wysokich stopni (do 41° i wyżéj), co jest bardzo groźnym objawem, i prosi kolegów, aby robili spostrzeżenia w tym kierunku, a to z tego powodu, że antipyryn zbawiennie działa na objawy mózgowe w gorączkowych cierpieniach i zniża ciepłotę tak znakomicie, jak żaden z dotąd znanych leków.

Kol. Pisek nie obiecuje sobie skutków dobrych z antipyrynu w razach przez kol. Laskiewicza przytoczonych, bo gdzie ośrodki naczynioruchowe są zniszczone, to ani ten, ani żaden inny środek nie pomoże, tém więcéj, że gorączka w takich razach nie jest natury zakaźnéj, a ponieważ przypomina sobie, że ktoś podaje, że po antipyrynie wystąpiła sinica, więcby się obawiał nawet spróbować antipyrynu w takich razach.

Kol. przewodniczący zwraca uwagę, że antipyryn nie działa na malaryję, więc nie działa na gorączkę chorób infekcyjnych, mimo to spróbuje antipyrynu w nadarzającéj się podobnéj sposobności, jak kol. Laskiewicz radzi.

Kol. Merczyński oświadcza, że podziela zdanie kol. Piska, zresztą sądzi, że gdzie nie widzi celu praktycznego zadawania antipyrynu lub innego środka, tamby nie podawał, a tak sądzi o okresie końcowym w obec objawów mózgowych porażennych, kiedy temperatura znacznie się podnosi.

Kol. Laskiewicz nadmienia jeszcze o agarycynie i atropinie, środkach zalecanych przeciw potom. Co do *agaricus*, to Schroff w 1szém wydaniu swéj Farmakologii wspomina o nalewce z tego grzyba przeciw potom, (a kol. przewodniczący dodaje, że i Oppolzer także suchotnikom przeciw potom zalecał *agaricus*). Co do atropinu to przypomina, że przed paru laty mówił na posiedzeniu Sekcyi o atropinie w epilepsyi, że dawał epileptykom, których miał zawsze do 30 na oddziale, atropin przez dłuższy przeciąg czasu, i nie zauważył, aby ci chorzy odznaczali się suchą skórą i nie tracili całkiem zdolności pocenia się.

Kol. Pisek zauważa również że *agaricus* nie jest to środek przeciwpotny nowy, był bowiem już dawniéj za takowy uważany, i nadmienia, że Dr. Czerwiakowski w swéj Botanice lekarskiéj już także o tém pisał.

Kol. przewodniczący omawia naftalin, jako nowy środek zachwalany przeciw biegunce. Liebig i Rossbach pierwsi zalecali ten środek w następującéj formie: *Naphthal. purissimi, Sacch. albi āā* grm. 3, *Olei bergamott. gtts.* 3, na 20 proszków, których 3 do 20 można dziennie zadawać. Ma to być jedyny proszek niszczący bakteryje durowe w jelicie, albowiem nie rozpuszcza się w żołądku i przechodzi jako taki do jelit. Kol. przewodniczący podawał naftalin na swoim oddziale w 3 przypadkach, tj. w dwu tyfusu i w jednym przewłocznego nieżytu z biegunką, we wszystkich jednak przypadkach bez skutku; sądzi więc, że może w innéj formie zadawany (w lawatywie lub inaczéj przepisany, w pigułkach itp.) będzie skuteczniejszy, co spróbuje jeszcze w miarę nadarzającego się materyjału i rezultaty kolegom do wiadomości poda. Zwraca jeszcze uwagę, że mocz po zażywaniu naftalinu wygląda jak po zażywaniu kwasu karbolowego.

Kol. Laskiewicz zauważa, że naftalin jest dobrym środkiem antyseptycznym i odwaniającym, co stwierdza jego skuteczne działanie na odleżyny (*decubitus*).

Kol. Pisek przytacza, że Unna z Hamburga zaleca naftalin w pigułkach z keratyny, chciał więc według przepisu Unny przepisać naftalin choremu lecz we Lwowie nie mógł znaleźć keratyny; wspomina daléj, że naftalin ma działać bardzo dobrze w *cystitis*, lecz o ile opisują, ma wywoływać wewnętrznie podawany obrzydzenie, gniecenie w żołądku i inne nieprzyjemne przypady, nawet wymioty, na co kol. przewodniczący odpowiada, że u chorych, którym podawał naftalin nie widział żadnych podobnych przypadów.

Kol. Pisek zabiera jeszcze głos w sprawie tematów odczytowych i prosi aby przewodniczący zachęcił kolegów do obra-

biania referatów na tematy ogólne, sam kol. Pisek zobowiązuje się zreferować na przyszłe posiedzenie temat o leczeniu tyfusu.

Kol. Wiktor oznajmia, że na oddziałach Dra Kilarskiego i Widmanna i gdzie się sposobność nadarza, robi spostrzeżenia nad skutkami kokainu i ezerynu, o czém zda sprawę na następném posiedzeniu. *Dr. Wiktor.*

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

XV. Posiedzenie zwyczajne Tow. lek. krak. z d. 26 listopada 1884.

Przewodniczący: kol. Kwaśnicki. Członków obecnych 39.

1. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i bez zmian przyjęto.

2. Przewodniczący oznajmia, że kol. Paszkowski nadesłał do Tow. rezygnacyję z obowiązków Delegata Tow. do Komisyi sanitarnéj miejskiéj. Towarzystwo na wniosek Komitetu jednomyślnie uchwala prosić kol. Paszkowskiego ze względu na pożyteczną jego czynność w Komisyi sanitarnéj, ażeby nadal zatrzymał powierzony sobie mandat.

3. Kol. Mikulicz przedstawia rekonwalescenta, u którego wykonał laparotomiję skutkiem ropnego zapalenia otrzewny (*peritonitis purulenta*) po przedziurawieniu jelita w durze przechodnim (*typhus ambulatorius*). Przypadek ten ma być jedynym, w którym dokonano laparotomii z pomyślném zejściem, z przyczyny przedziurawienia jelita.

Nawiązując do przemówienia kol. Korczyńskiego na zeszłém posiedzeniu nadmienia kol. Mikulicz, że w niedrożności jelit zakres działania chirurga i internisty nie jest wcale odmienny, albowiem pierwszy objąć może snadnie chorego w leczenie już od samego początku choroby i zastosować sam sposoby łagodniejsze, jak lawatywy, wtłaczanie powietrza itp., zanim przystąpi do operacyi, a na odwrót internista po wyczerpaniu a bezskuteczności tych środków może sam wykonać operacyję, jeżeli ma po temu dostateczną wprawę i wiedzę. Nie da się jednak zaprzeczyć, że zbytnia pochopność do operacyi bez dostatecznych do tego warunków osobistych ze strony operującego i korzystnych warunków w otoczeniu chorego, może bardzo ujemnie oddziałać na wynik zabiegu operacyjnego. W przypadkach wątpliwych co do rozpoznania każdy chirurg zasięgnie z chęcią wskazówek i rad internisty. Tak samo, jak to się stało z operacyjną częścią ginekologii, która poprzednio uprawianą była przez chirurgów a obecnie należy do zakresu działania ginekologów, stać się może z chirurgiją niedrożności jelit, że interniści nabrawszy wprawy i doświadczenia sami bez pomocy chirurgów wykonywać będą laparotomije. Co do statystyki, poruszonéj przez kol. K. sądzi kol. Mikulicz, że byłaby ona wtedy tylko pewną, gdyby pewną ilość przypadków pozostawiło się bez operacyi a taką samą ilość przypadków poddało operacyi; wtedy z zestawienia korzystnych wyników postępowania operacyjnego i nieoperacyjnego możnaby wnosić, które postępowanie jest korzystniejsze.

Kol. Oettinger zgadzając się z wywodami kol. Korczyńskiego co do pojęcia niedrożności i co do trudności rozpoznawczych zatkania kałowego, jest zdania, że zatkanie kałowe jest w stanie wywołać przypady niedrożności nietylko przez osłabienie prawidłowego napięcia jelit, ale także przez zadrażnienie jelit. Jest on zdania, że środki przeczyszczające w takich razach podawane działają jak najszkodliwiéj, że natomiast środki uspokajające jak morfin, jakto częstokroć miał sposobność stwierdzić, wpływają korzystnie na przebieg choroby.

Kol. Korczyński w odpowiedzi zaznacza przedewszystkiém, że zapatrywanie jego jest w jak najzupełniejszéj zgodzie ze zdaniami tak kol. Mikulicza jak i kol. Oettingera. Nie chodziło mu bowiem wcale o określenie zakresów działania, jakie w niedrożnościach jelit przypadają w udziale internistom lub chirurgom, lecz przeciwnie o wykazanie, że sprawa niedrożności jelit wymaga jednolitego, wspólnego widzenia rzeczy, i że powinna być traktowana jedynie tylko ze stanowiska ściśle umiejętnego, nie zaś ze stanowiska specyjalizmów lekarskich. Różnica w zapatrywaniu na niedrożność jelit i na wskazania do laparotomii, jaką spotyka się dotąd w podręcznikach lekarskich i chirurgicznych, jest szkodliwą dla postępu nauki, tak samo jak zbytni pośpiech lub naodwrót zbytnie zwlekanie z wykonaniem laparotomii szkodliwe są dla chorych. Zaprowadzenie takiéj statystyki, jaką proponuje kol. Mikulicz, uważa on jako niemożebne i niepraktyczne. Wobec licznych podstaw anatomicznych niedrożności trzebaby bardzo wielką liczbę chorych poświęcić, którychby jeszcze można było uratować przez wykonanie operacyi, podczas gdy temu samemu celowi służyć mogą przypadki dotychczas w literaturze opisane, gdzie w rozmaitych postaciach niedrożności bez operacyi nastało wyleczenie, jak niemniéj przypadki, gdzie chory albo nie chce się poddać operacyi, albotéż gdzie wykonaniu operacyi stoją na przeszkodzie inne warunki zewnętrzne. Powinniśmy dążyć do ogólnéj statystyki wyników niedrożności jelit po użyciu zabiegów chirurgicznych i bez tychże, a statystyka taka będzie niewątpliwie daleko lepszą zachętą do laparotomii, aniżeli statystyka wyłącznie chirurgiczna, wykazująca jedynie tylko odsetek przypadków wyleczonych za pomocą operacyi. — Zdanie kol. prof. Oettingera jest zupełnie słuszne, albowiem zaparcie kałowe jest bardzo częstą przyczyną nietylko zadrażnienia jelit, ale nawet zapalenia otrzewny, któreto ostatnie jeszcze bardziéj potęguje zwiotczenie jelit i utrudnia przesuwanie się dalsze kału. Środki kojące są w takich razach jedynie wskazanemi lekami. Jeżeli jednak zadrażnienie otrzewny nie przedstawia się w postaci wybitnego zapalenia, a nagłą przypady niedrożności, w takim razie kalomel lub olejek rącznikowy mogą być użyte z korzyścią, podczas gdy inne środki wypróżniające, podawane wewnętrznie, więcéj szkody przynoszą, aniżeli pomagają.

4. Kol. Obaliński przedstawia preparat pochodzący z resekowanéj przez siebie kiszki z powodu uwięźnięcia przepukliny pachwinowéj i mówi o postępowaniu w razie zgorzeli pętli jelita.

W dyskusyi biorą udział koll. Schramm i Mikulicz.

5. Kol. Obaliński przedstawia nowsze narzędzia używane w chorobach dróg moczowych, objaśniając wskazania i sposoby posługiwania się temiż. Nadto okazuje zbiór kamieni i żwirów wydobytych przez siebie z pęcherza moczowego.

Za sekretarza *Dr. Dobruchowski.*

V. Sekcyja okulistyczna na Kongresie międzynarodowym lekarskim w Kopenhadze 1884 r.

Sprawozdanie **Dra B. Wicherkiewicza.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 48).

Meyer z Paryża, mówi: O sztucznem doprowadzeniu zaćmy do dojrzałości. Wtórorzędne zaćmy powstają przeważnie ze wzmagającego się zwyczaju operowania zaćm, które nie są jeszcze dojrzałe. Ażeby wycięcie zaćmy mogło prawidłowy mieć przebieg i skutek, powinna cała soczewka zupełnie być zaćmioną, gdyż tylko wtenczas można ją doszczętnie usunąć. Dawniéj czekano, aż chory zupełnie nic nie widział, co jednakże w wielu przypadkach wcale się nie urzeczywistnia, a w takich razach lekarz jest w przykrém położeniu, gdy chory, nie widząc dostatecznie, domaga się operacyi, kiedy zaćma żadnych więcéj nie robi postępów. W wielu podobnych razach można ze skutkiem operować, w innych jednakże tworzy się wtórorzędna zaćma, albo zagojenie pooperacyjne daje długo na siebie czekać. W obec takiego stanu rzeczy ma wielkie znaczenie środek dozwalający zaćmę niedojrzałą lub powoli dojrzewającą sztucznie doprowadzić do prędkiego dojrzenia. Myśl tę pierwszy powziął i przeprowadził Förster. Sposób jego polega na nagniataniu soczewki przez rogówkę, co można wykonać z wycięciem tęczówki lub bez wycięcia. Stopień nagniatania nie da się oznaczyć, a wyobrażenie o nim przyswajamy sobie z doświadczenia. Wystarcza nagniatać wolno, łagodnie, dośrodkowo i na jak najszerszéj płaszczyźnie. Meyer używa do tego małego walca z szyldpatu poruszającego się na osi. Nigdy nie uważał, ażeby tęczówce groziło przytém jakie niebezpieczeństwo. Poprzednio zapuszcza się atropin. W ten

sposób ma dojrzenie uskutecznić się w przeciągu dwóch a najdaléj czterech dni. Meyer poddaje nagniataniu tak twarde jądrowe jakotéż i miękkie zaćmy. W końcu pokazuje M. żywego królika, na którym przed trzema dniami zrobił nagniatanie poprzedzone nakłóciem rogówki. Mogliśmy się przekonać, że soczewka była w górnéj części zaćmioną. Meyer przyrzekł zrobić przy pomocy prof. Michela z Erlangi autopsyję, ażeby przekonać kolegów o tém, że przez nagniatanie torebka nie pękła. Ku wielkiemu atoli ubolewaniu naszemu nie słyszeliśmy co się stało z królikiem i jego ugniataną soczewką —I ten przypadek wywołał dość ożywioną rozprawę w której

Mooren z Dyseldorfu przypomina, iż już w roku 1858 zdawał Kongresowi w Heidelbergu sprawę z trzech przypadków operowanych w ten sposób, że rozciąwszy igłą soczewkę poddawał ją wpływom cieczy przedniéj komórki. W skutek tego powstały jednakże zaburzenia przez nierówne nabrzmienie soczewki, co nieraz pociągało za sobą utratę oka. Od tego czasu Mooren zmienił tę metodę, poddając oko kilku operacyjom. I tak najprzód wycina tęczówkę, w 2—3 tygodnie późniéj otwiera przednią część torebki za pomocą noża graefowskiego. W ten sposób w kilku dniach, nie narażając oka, sprowadza dojrzenie zaćmy. A sposób ten daje się zastósować do wszystkich postaci zaćm i wykonać w każdym wieku. Natomiast jest jedno przeciwwskazanie, a mianowicie miażdżycowe zwyrodnienie tętnic, które naraża oko przy takiém postępowaniu na powstanie sztucznéj jaskry. Operacyj powyższych wykonał Mooren przeszło 200, a w r. 1879, 28 razy bez utraty choćby jednego oka. Sposób Förstera, który Mooren zastósował w 12 przypadkach, nie daje tak pewnych wyników, jak jego własny.

Jany z Wrocławia nadmienia, iż sprowadza także sztuczne dojrzenie przez pocieranie gałki przez powieki, lecz bez instrumentów, które uważa za niebezpieczne.

Abadie, lubo zwolennik wyczekiwania dojrzałości zaćmy, sądzi, że przy obecnych sposobach operowania można i zaćmę niedojrzałą operować ze zadowalającym wynikiem. Sposobowi Förstera czyni ten zarzut, że chorzy niechętnie nań się godzą ze względu na to, że przezeń osłabia się jeszcze więcéj wzrok, który jakokolwiek choremu służył. Nagniatania są albo lekkie, łagodne, a wtenczas nie osiągniemy żadnego wpływu na soczewkę o czém się łatwo przekonać możemy, robiąc nakłócia rogówki w rozmaitych celach leczniczych (wypuszczenie ropy, krwi itd.), albo nagniatania te są mocne, a wtenczas operacyja staje się niebezpieczną, gdyż powstają w skutek niéj przyczepy tylne.

Magavly z Petersburga jest zwolennikiem Foersterowskiego sposobu i używał go także bardzo często; nigdy nie spostrzegł dłużéj trwającego zamglenia rogówki po dokonaném nagniataniu, które robi od środka ku obwodowi za pomocą haczyka używanego przy operacyi zezu albo téż łyżeczki Daviela.

Michel pyta się prelegenta, w jaki sposób wystawia sobie tenże wytwarzanie się w skutek tego rękoczynu zaćmy, na co Meyer odpowiada, że chwilowo nie jest w stanie dać objaśnienia.

Salomonsohn twierdzi, opierając się na swojém doświadczeniu, że sztuczne dojrzewanie nie jest połączone z żadném niebezpieczeństwem. Chorych swoich poprzednio nie atropinizuje. Zdarzały mu się téż tylne przyczepy w następstwie operacyi. W kilku przypadkach operacyja, mimo że była w odstępach 2—3 miesięcy powtarzaną, pozostawała bez najmniejszego wpływu.

Krüger z Frankfurtu, zwolennik téj operacyi, łączy ją z wycięciem tęczówki. (Z saméj obawy przed jaskrą radzi robić irydektomiję). Używanie osobnego instrumentu uważa za zbyteczne. Nagniata lekko, nawet części pokryte tęczówką.

Szóste posiedzenie 14 sierpnia popołudniu. Przewodniczący Coppez z Brukseli.

Michel z Würzburga mówi: „O chemicznym składzie soczewki“. Ciała białkowate soczewki prawidłowéj były badane sposobem Hammarstena. W przecedzonym płynie znaleziono maleńką ilość białka surowiczego i ślady mucyny. W strąceniu spotkał Michel globulinę, a mianowicie globulinę odpowiadającą serumglobulinie. W stanie suchym soczewki można również wydostać istoty białkowate. Ztąd przypuścić wypada, że prawidłowe ciała białkowate prawidłowéj soczewki tworzą w nieprawidłowéj soczewce przemiany. Białko znika tutaj zupełnie. Temi samemi sposobami badał Michel soczewki uległe przemianie zaćmowéj starych osób i przekonał się, że jądro nie daje istot białkowatych a w korze znajdują się tylko odrobiny globuliny. W zaćmie urazowéj i przyjądrowéj mógł wykazać istoty białkowate te same, co w prawidłowéj soczewce.

Następnie Michel robi krótką wzmiankę: O ciepłocie oku właściwéj, którą u królika badał na drodze termoelektrycznéj. Przyjmując średnią temperaturę ciała 38·5° aż do 38·9°, znalazł w przedniéj komórce ciepłotę wynoszącą 31·9, a w środku ciała szklanego 36·1. Różnica ta tłumaczy się wyparowywaniem. Skoro tylko powieki zamykają się, ciepłota w przedniéj komórce wznosi się od 2—5°. Im więcéj zbliżamy się do części oka zawierających dużo naczyń, tém wyższą jest ciepłota, która znowu może się obniżyć w trójnasób, a nawet i więcéj po przyłożeniu na oko pęcherza z lodem; skoro zaś lód dłużéj pozostaje na oku, wytwarza się w kilka godzin zaćma.

Christensen z Kopenhagi odczytuje długą bardzo pracę: O ropiastém zapaleniu oka noworodków, o tegoż zapobieganiu i leczeniu. Przytoczymy z niéj tylko kilka szczegółów:

Statystyka wykazuje, że przeciwgnilne czyszczenie części rodnych podczas ciąży i porodu jest bez wpływu na powstrzymanie ropiastego zapalenia oka u noworodków, lecz i przemywanie óczu dziecka po narodzeniu za pomocą lekkich środków przeciwgnilnych, jakoto roztworów kwasu borowego i karbolowego, jest pod tym względem bezsilne. Natomiast statystycznie dowiedziono, że zapobiegające zapuszczenie w oczy noworodka sposobem Credégo 2% roztworu azotanu srebra, może bardzo znacznie zmniejszyć liczbę takich zapaleń, a nawet zupełnie chorobę usunąć. Zapalenia te noworodków powstają, według ostatnich spostrzeżeń, niewątpliwie w skutek zanieczyszczania óczu rzeżączką cewki moczowéj, zaczém przemawia już ta okoliczność, że we worku spojówkowym napotykamy w takich razach znamionujące prątki rzeżączkowe *(gonococcus)*. Ze względu na to, iż rzeżączka zaraźliwą jest we wszystkich swych okresach, a wiele kobiet bezwiednie jest nią dotkniętych, wyraża Christensen życzenie, ażeby obowiązkowo zaprowadzono zapobiegające postępowanie Credégo i to nietylko w szpitalach ale także w prywatnéj praktyce. Państwo występuje w takim razie nietylko w obronie ogólnoludzkich

względów, ale także i własną odnosi pieniężną korzyść przez zmniejszenie choroby, która pozbawiając dużo dzieci wzroku naraża skarb państwa na koszta. Wypadałoby zabronić akuszerkom leczenia ócz noworodków, na co się najzupełniéj z prelegentem zgadzamy, przekonawszy się niestety w nader licznych przypadkach, ile te osoby przez niewłaściwe postępowanie lub odciąganie chorych od zasięgnięcia rady lekarskiéj, wyrządzają nieszczęść. Aby ułatwić czuwanie w tym względzie, radzi Christensen, aby zniewolić akuszerki do obowiązkowego donoszenia o każdym przypadku ropiastego zapalenia oka, jakiby im się w praktyce ich zdarzył. Pod względem leczenia wypowiada Chr. znane tylko rzeczy nadmieniając, że w pierwszym zawiązku choroba ta prawie zawsze może być staranném leczeniem przerwaną. Im więcéj zaś zapalenie to rozwinęło się, tém więcéj unikać wypada środków czynnych. Wystrzykiwania wodą chlorową i jodoform są dobremi w takich razach środkami.

Do uwag nad powyższym odczytem zabrał głos:

Leopold z Drezna: Sposób Credégo jest zastosowany w Zakładzie położniczym w Dreźnie. Leczenie zapobiegawcze sprawiło, że przy pierwszym tysiącu dzieci nowonarodzonych zdarzyły się tylko 3 przypadki zapalenia. Odkąd zaś wyłącznie pierwszy asystent sam zajmuje się zapuszczaniem środka zapobiegającego, na 500 dzieci nie zdarzył się ani jeden przypadek choroby. Leopold poszukiwał u 18 kobiet ciężarnych albo téż rodzących *gonococcus.* Sposobu Credego naumyślnie w tych przypadkach nie zastosowano, a pokazało się, że tylko u dziecka téj kobiety, u któréj znaleziono *gonococcus,* wystąpiły w trzy dni po urodzeniu objawy zapalenia ropiastego.

Następnie mówi G. Martin z Bordeaux o zapaleniu oka i przyległych jego części, wywołaném przez niezborność. Martin zwraca uwagę na konieczność zastósowania oftalmometru i badania stanu łamliwości we wszystkich przypadkach. Badania te bowiem przekonały go, że niezborność może stać się przyczyną licznych chorób oka. Badanie przedmiotowe powinno odbywać się za pomocą przyrządu bardzo dokładnego; słabe już bowiem stopnie niemiarowości w południkach rogówki przyczyniają się widocznie do chorobowych zmian oka. Podmiotowo badać trzeba wszystkie przypadki, porównanie zaś wyników obydwóch sposobów badań daje nam bezpośrednio znakomite wskazówki. I tak:

1. Poucza nas o dynamicznéj niezborności soczewki, która jest innego rodzaju od niezborności rogówkowéj czyli innemi słowy, daje nam poznać stopień rzęskowych, częściowych ściągnień, tak zwanych poprawczych, które mogą być bezpośrednią przyczyną zapalnych objawów będących pośredniém następstwem niezborności.

2. Wykazuje nam kurczowe ściągnienie częściowe ciała rzęskowego, zupełnie niezależne od wszelkiéj nieprawidłowości w wypukłościach rogówki.

3. Wykazuje obecność częściowych rzęskowych skórczów w nadmiarze poprawczych (*Surcorrigeantes).* Z wszystkich tych niesymetrycznych ściągnień najczęściéj spotkać można pierwszy rodzaj. Oprócz chorób zapalnych wszystkie trzy rodzaje skurczu dają powód do rozmaitych objawów, a mianowicie: 1) Do objawów bolesnych (newralgije, migrena). 2) Do uderzeń krwi (cierpienia przewodu łzowego, łzawienie). 3) Do objawów kurczowych (kurcz powiek). 4) Do mroczek itd. Do wniosków tych naprowadziła Martina następująca okoliczność. Cierpienia i zapalenia pomienione zachodzą przeważnie u osób dotkniętych niezbornością; daléj bardzo często powracają te same choroby u tych samych osób, lecz zawsze tylko na têm oku, które jest niezborném, potém środki, które ubezwładniają mięsień rzęskowy, cudowny istnie wywierać mają wpływ w powyższych przypadkach; a w końcu szkła walcowate posiadają własność zapobiegania cierpieniom i niejednym zapaleniom. Już od 6 roku życia dziecka wykazać można niezborność jako powód rozmaitych zapaleń powiek, spojówki i rogówki (pryszczykowe). Zapalenia wywołane niezbornością nie posiadają żadnych właściwych sobie znamion, odznaczają się może jedynie bardzo przewlekłym biegiem i łatwemi wznówkami. Prelegent występuje przeciwko mniemaniu, jakoby niezborność była następstwem a nie przyczyną zapaleń rogówkowych. Pod względem leczniczym zaleca autor atropin nawet podskórnie, uwzględnia ogólny stan i przepisuje szkła walcowe.

Chibret robi wzmiankę co do statystyki sporządzonéj przez autora, który porównywa chorych dorosłych z prawidłowemi dziećmi. Chibret sądzi, że niezborność rozwija się tak samo jak i krótki wzrok i zaostrzenie się rysów twarzy od 15—20 roku, co sprawia, że niezborność prawidłowéj krzywéj rośnie i równa się krzywéj patologicznéj, w ten zaś sposób krzywa prawidłowa nie miałaby żadnego znaczenia a początek niezborności stałéj nie miałby już podstawy statystycznéj.

Hansen Grut nie umie sobie wytłumaczyć tego, co powiedział Martin, że u wielu chorych choroby wznawiają się zawsze na oku, które samo jedno z dwóch jest niezborném, gdyż poprawcze skurczenie się u oka niezbornego daje powód do podobnego ściągnienia w drugiém (zdrowém) oku, w skutek czego obydwa oczy stają się niezbornemi.

Martin odpowiada na to, że chociaż ta wspólna czynność często się zdarza, nie jest ona jednakże prawidłową a w przypadkach, na których się M. opiera, nie było nigdy dynamicznéj niezborności w oku, u którego nie zachodziła niezborność rogówkowa.

Gayet uważa to za rzecz dziwną, ażeby zapalenie rogówki wywołane niezbornością miało występować przed wiekiem, w którym człowiek najwięcéj pracuje.

Martin odpowiada, że siła ściągnień rzęskowych poprawczych bywa tém większą, im obszerniejszą jest siła nastawcza (akomodacyja) oka i że właśnie w dziecięcym wieku zołzowatość, która usposabia do zapaleń, najwięcéj się objawia.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 23—29 listopada umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 20,8. Z płonicy umarło 2 (1 z. t.); z duru brzusznego 2 (1 z. t.); z róży 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 2 przypadkach odry (3 z. t.); 3 płonicy (5 z. t.); 2 błonicy (4 z. t.); 2 duru brzusznego (1 z. t.); 0 duru osutkowego (1 z. t.). W tygodniu od 16—22 listopada umarło z ospy w Londynie 33, leczyło się w szpitalach 816, świeżo zapadło 160. Z ospy umarło w Warszawie, Wiedniu, Budapeszcie, Pradze i Petersburgu po 1, w Madrycie 2, w Lizbonie 4, w Wenecyi 8. Odra panuje w Amsterdamie i Kopenhadze. Z duru osutkowego umarło w Amsterdamie i Murcyi po 1, w Londynie i Madrycie po 2. Z cholery umarło w Paryżu od 14—15 listopada 250, od 16—22 listopada 238. W Kalkucie umarło od 5—11 października 10, w Madrasie od 11—17 października 11, w Bombayu od 15—21 października 5.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 16—22 listopada umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 28,2; w Warszawie 27,7; w Poznaniu 27,8; w Wiedniu 19,4; w Budapeszcie 22,5; w Pradze 27,1; w Berlinie

25,9; w Hamburgu 26,4; w Gdańsku 23,6; w Mnichowie 24,7; w Dreźnie 21,8; w Lipsku 22,1; w Bazylei 13,2; w Brukseli 25,5; w Amsterdamie 30,2; w Hadze 17,4; w Paryżu 30,1; w Londynie 19,7; w Kopenhadze 25,5; w Stokholmie 24,6; w Chrystyjanii 18,0; w Petersburgu 21,8; w Odesie 28,6; w Rzymie 21,3; w Wenecyi 28,6; w Bukareszcie 26,3; w Madrycie 28,1; w Lizbonie 29,4; w Aleksandryi 34,3; w Nowym Yorku 25,3; w Filadelfii 18,0; w Bombayu 30,2; w Madrasie 28,8. *J. B.*

Śmiertelność we Lwowie (liczącym 115.544 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). W tygodniu od 16—22 listopada rb. umarło osób 59, co odpowiada na rok i 1,000 m. 26·6. W téj liczbie zmarło 10 osób z ospy, 3 z błonicy.

W tygodniu od 23 do 29 listopada rb. zmarło 84 osób, co odpowiada na rok i 1000 mieszkańców 37·8. W téj liczbie zmarło 11 osób z ospy, 2 z płonicy, 3 z błonicy.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 11 grudnia. W budżecie przedłożonym Radzie państwa przez p. Ministra skarbu umieszczoną jest suma 100,000 złr. jako druga rata na budowę gmachu uniwersyteckiego w Krakowie, oraz kwota 40,000 złr. (nie 35,000 złr., jak poprzednio doniesiono) jako pierwsza rata na budowę kliniki chirurgicznéj. Koszta budowy kliniki téj podane są w przybliżeniu na 95,000 złr., a zakład stanie na gruncie szpitala św. Łazarza, bezpłatnie przez Wydział krajowy ofiarowany.

* W sobotę przeszłą odbył się akt uroczysty imatrykulacyi nowozapisanych uczniów Uniw. Jagiell. Akt ten rozpoczął rektor prof. Rydel od świetnego przemówienia, w którém zwrócił uwagę nowo zaciągających się obywateli akademickich na obowiązki ich wobec szkoły i kraju. Do imatrykulacyi przystąpiło 283 uczniów, a mianowicie teologów 21, prawników 155, medyków 83, filozofów 24. Liczba wszystkich uczniów wynosi w półroczu zimowém 940, a mianowicie teologów 69, prawników 412, medyków 346, filozofów 82, farmaceutów 37. W porównaniu z rokiem przeszłym liczba uczniów zwiększyła się o 68.

* Otrzymaliśmy Rocznik Medycyny krajowéj; jestto rocznik 7my wydawnictwa Dra J. Rogowicza, b. redaktora *Medycyny*. Jak poprzednie, tak i ten rocznik składa się z dwóch części: z przeglądu prac lekarskich polskich, ogłoszonych od 1go lipca 1883 do ostatniego czerwca 1884 i z kalendarza. Część 1sza, obejmująca stronnic 291, mieści w sobie sprawozdania z 197 prac, ogłoszonych przez 122 autorów; prace te dla odpowiedniego poglądu ujęte są w 14 działów, a sprawozdawcami są: koll.: Dunin (działu 1—3), Dobrzycki i Mączewski (działu 4go), Matlakowski (5go), Rogowicz (6go), Kamocki (7go), Żera (8go), Rybicki (9go), Mackiewicz (10—12go). Dobrzycki (13go). Ze sprawozdań przypada na prace drukowane w *Gazecie Lekarskiéj* 97, w *Przeglądzie Lekarskim* 48, w *Medycynie* 36, w *Pamiętniku Tow. lek. warsz.* 13, w *Pismach Akademii* 4, w *Roczniku zbiorowym* i *Przewodniku gimn.* po 1, dzieł osobno wydanych było 4. — Część druga jest kalendarzem lekarskim na rok 1885 tak pod względem objętości jakoteż układu i treści w zupełności odpowiadającym swemu celowi. Ponieważ treść naukowa jest odmienną od zeszłorocznéj, więc kalendarz odznacza się przed innemi podobnemi wydawnictwami, które zazwyczaj stereotypowo powtarzają rok rocznie jedno i to samo. W spisie profesorów Wydziału lek. warszawskiego brak prof. Tyrchowskiego, który przeniesiony został w stan spoczynku; liczba lekarzy w Warszawie praktykujących (322) znów się powiększyła o 29 w porównaniu z rokiem przeszłym. — Życzymy rocznikowi najlepszego powodzenia, na które rzeczywiście zasługuje pod każdym względem.

* Doszedł nas 5ty tom *Index-Catalogue of the library of the Surgeon-General's Office U.-S. Army*, Washington, 1884. Tom ten mieści w sobie od wyrazu Flaccus do Hearth 15,555 nazwisk autorów, 5755 dzieł i 12,596 rozpraw, nadto 8069 tytułów dzieł i 34,127 tytułów prac, ogłoszonych w rozmaitych czasopismach peryjodycznych lekarskich. O ogromie pracy można powziąść przekonanie po przejrzeniu tomu, a pojąć trudno, jakim sposobem jeden człowiek tak szybko zdobywa się na wydanie dzieła na tak wielkie rozmiary założonego i tak punktualnie wywięzuje się ze swego olbrzymiego zadania. Śmiało powiedzieć można, że Dr. Billings jest pod tym względem niedoścignionym.

* **Wiedeń.** Prof. Fritsch i Dr. Eiselsberg otrzymali od pruskiego ministra spraw wewnętrznych pozwolenie brania udziału w kursach bakteryjologicznych Kocha, urządzonych dla lekarzy wojskowych niemieckich i udali się w tym celu do Berlina.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga czeska.** Prymaryjusz i docent prywatny Dr. Neureutter mianowany został prof. nadzw. pedyjatryi w Wydziale czeskim.

* **Wiadomości osobowe.** Dr. Wołczyński w Czerniowcach mianowany został profesorem w tamecznym zakładzie dla akuszerek. — Dr. Henryk Otto mianowany został starszym lekarzem w armii czynnéj.

* **Nekrologija.** W Królewcu umarł fizyjolog prof. Wittich w 64 roku życia, w Tübindze fizyjolog Vierordt, a w Berlinie dyrektor ogrodu zoologicznego Dr. Bodinus.

W Lipsku umarł w 66 roku życia prof. chemii Kolbe, w Londynie znany patolog i lekarz praktyczny Dr. Mohamed, a w Paryżu higijenista prof. Fonssagrives.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 47: Zagórskiego: Przyczynek do kazuistyki szwów nerwowych; Heringa: Kwas chromny jako środek leczniczy w chorobach nosa, gardzieli i krtani (dok.); Rothego: Podstawy psychijatryi tegoczesnéj (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 47: Krokiewicza: O niektórych nowszych lekach, polecanych przeciw chorobom wewnętrznym (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Rocznik Tow. lek. krakowskiego. Rok 1883. Rok II. Kraków 1884, in 8vo str. XXIV i 42.

Dr. WICHRKIEWICZ (w Poznaniu): O podwinięciu powiek i wzrośnięciu rzęsów. (Osobne odbicie z Książki jubileuszowéj Szokalskiego) in 8vo str. 45.

Sekcyja lwowska Tow. lek. gal. odbędzie XII zwyczajne posiedzenie naukowe w sobotę dnia 20go grudnia 1884 o godzinie 6éj wieczór w Ratuszu, na którém: 1) kol. Dr. Laskiewicz odczyta rzecz o paraldehydzie i innych środkach nasennych, 2) kol. Dr. Pisek mówić będzie o leczeniu tyfusu a 3) kol. Dr. Wiktor o skutkach stosowania kokainu.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę d. 17 grudnia o godzinie szóstéj popoł. w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém: 1) Kol. Kohn mówić będzie: Z kazuistyki ginekologicznéj: *Vagina septa infra simplex. Operatio*; 2) odbędą się wybory urzędników Towarzystwa na rok 1885.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS

na posadę lekarza miejskiego rozpisuje Zwierzchność gminna miasta Jordanowa z roczną płacą 300 złr. i dochodami z oględzin bydła i zwłok.

Warunki przyjęcia i bliższe szczegóły udzieli Zwierzchność gminna.

Termin wnoszenia udokumentowanych podań włącznie do 20 Grudnia 1884.

L. 1693.

KONKURS.

W celu obsadzenia posady sekundaryjusza i lekarza domowego przy izraelickim szpitalu i domu kalek we Lwowie rozpisuje się niniejszém Konkurs.

Z tą posadą połączona jest płaca roczna 300 złr., którą się ewentualnie powiększy do sumy 500 złr. w. a., wolne mieszkanie w szpitalu, opał i światło.

Posadę rzeczoną nadaje się na przeciąg trzech lat, a petenci mają się wykazać dyplomem uzyskanego stopnia Doktora wszech nauk lekarskich, względnie Doktora medycyny i chirurgii i powinni być stanu wolnego. Obowiązki z tą posadą połączone określa bliżéj statut szpitalny.

Podania winny być wniesione do kancelaryi naszéj najdaléj do końca Grudnia 1884.

Przełożeństwo Zboru izrael.

Lwów dnia 14 Listopada 1884.

Wydział pożyczkowy Towarzystwa Wzajemnéj Pomocy Uczniów Uniwersytetu Jagiellońskiego, wzywa wszystkich tych Panów, którzy za czasu swych studyjów uniwersyteckich w Krakowie między rokiem 1866—1882 z funduszów Towarzystwa pożyczki uzyskali, a takowych po dzień ogłoszenia nie zwrócili, do rychłego zwrotu takowych, ewentualnie do porozumienia się z Wydziałem.

W obec wzmagającéj się z rokiem każdym liczby niezasobnych Członków Towarzystwa, Wydział nie chcąc się minąć z celem Towarzystwa, widzi się zmuszonym w razie gdyby niniejsze ogłoszenie aż po dzień 31 Grudnia 1884, pożądanego nie odniosło skutku, z wszystkimi tymi Panami postąpić w myśl obowiązujących regulaminów i statutu.

Wszelkie odnośne listy adresować należy do Wydziału pożyczkowego Tow. Wzajemnéj Pomocy Uczniów Uniw. Jagiell. w Krakowie, ulica Grodzka, Collegium-Juridicum.

Uprasza się wszystkie pisma polskie o łaskawe powtórzenie ogłoszenia niniejszego.

W Krakowie 19 Listopada 1884.

A. Hoszowski sekretarz. **Justyn Karliński** wiceprezes.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narożny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
Kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	4 „	6 „

Kraków, 20 grudnia 1884. № 51. Rok XXIII.

Przegląd Lekarski, organ Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego, rozpoczyna w dniu 1 Stycznia 1885 **rok dwudziesty czwarty** swego istnienia i wychodzić będzie w tym samym co teraz formacie w objętości $1\frac{1}{2}$ arkusza na tydzień, jak **najregularniéj**.

Wszystkie prace umieszczane w Przeglądzie Lekarskim, tak oryginalne jakoteż nieoryginalne, są płatnemi.

Prenumerata Przeglądu Lekarskiego z przesyłką pocztową bezpośrednią wynosi:

	w Austryi	w Królestwie Polskiém i Cesarstwie rosyjskiém	w Cesarstwie niemieckiém
rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 marek
półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „
kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	4 „

we Francyi i Belgii
rocznie 24 franki, półrocznie 12 franków, kwartalnie 6 fran.

W innych krajach według przepisów pocztowych.

Prenumeratę przyjmują: w Krakowie Administracyja, nadto w Warszawie pp. Gebethner i Wolff, w Paryżu p. Adam, Rue Clément 4. — Ogłoszenia przyjmują: Administracyja, oraz w Paryżu p. Adam, Rue Clement 4 i p. Dobrowolski Faub. St. Martin 57.

Zwracamy zarazem przy téj sposobności uwagę szanownych Członków korespondentów Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, iż według obowiązującego statutu winni Przegląd Lekarski abonować bezpośrednio w Administracyi.

I. O schyzomycetach w ropie.

Podał Dr. Med. J. Ziemacki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 50.)

Zbadałem 13 przypadków zapalenia. W 7 z nich, w których odgrywała rolę róża, znalazłem mikrokoki łańcuszkowate (paciorkowate). W 6 innych, a w téj liczbie 3 przypadki *osteomyelitis*, znajdowałem mikrokoki, ale wcale inne. Uznałem je za drugi gatunek, za drugi rodzaj schyzomycetu. Widzimy więc, że z dotychczasowych poszukiwań okazuje się, iż posiadamy dwa gatunki schyzomycetów, które są zdolne wywołać zapalenie. Możnaby z pełną słusznością na tém miejscu uczynić pytanie, czy też liczba tych bodźców ma się do tych dwu ograniczyć? Czyż nie istnieją jeszcze inne gatunki schyzomycetów, które wywołują zapalenia ropne? Liczba bodźców zapalnych nie ogranicza się bynajmniéj do dopiero co opisanych dwóch gatunków grzybków. Sąto zapewne tylko bodźce najbardziéj pospolite i najwięcéj rozpowszechnione. Oprócz nich istnieją zupełnie inne, a nawet morfologicznie bardzo od nich różne grzybki, które przy zetknięciu się z organizmem w takiż sam sposób wywołują zapalenie ropne. Przynajmniéj sprawa zapalna w kilku zbadanych jeszcze przypadkach, o których niżéj, na pozór niczém się nie różniła od spraw widzianych w przypadkach z pierwszéj i drugiéj grupy. Ropa badana posiadała to samo wejrzenie. Reakcyja fizyjologiczno-patologiczna tkanek również nie przedstawiała nic osobliwego. Na pozór mieliśmy tu do czynienia ze sprawami identycznemi z wyżéj opisanemi.

Na szczególniejszą pod tym względem uwagę zasługuje następujący przypadek:

14. *Abscessus humeri* (*lymphadenitis etc.*). K. E. 12 lat, zachorował w d. 25 maja 1884 na silny ból w całéj lewéj ręce. Z początku nie zwracał uwagi, późniéj jednak, musiał się położyć. Ramię zbrzękło znacznie. Powoli w tém miejscu, tj. pośrodku ramienia w *sulcus bicipitalis internus*, sformował się wrzód wielkości jaja kurzego. D. 9 czerwca chory zgłosił się do mnie. Wyraźne głębokie chełbotanie w ropniu, który zapewne sformował się naokoło zropiałego gruczołu limfatycznego, gdyż wskazywało to już samo umiejscowienie ropnia w *sulcus internus*. Jakoż przy baczniejszych oględzinach znalazłem na jednym z palców téjże ręki miejsce 3—4 cm kw. pokryte świeżuchnym naskórkiem. Ztąd zapewne wzięła sprawa swój początek i przebiegłszy jako *lymphangioitis* zakończyła się wytworzeniem ropnia. Dowiedziałem się, że przez jakiś czas były na ręku widoczne paski i pasemka różowe, bardzo bolesne. Z pozoru ropień ów nie

przedstawiał nic nadzwyczajnego. Jakoż tegoż samego dnia za pomocą szerokiego cięcia wypuściłem ropę wejrzenia normalnego. Po kilku dniach nastąpiło całkowite wyzdrowienie.

Byłem zupełnie przygotowany na to, że mam do czynienia z najpospolitszą formą zapalenia limfangoitycznego. Spodziewałem się znaleźć też same schyzomycety, które opisałem w grupie pierwszej. Zdziwienie moje nie miało jednak granic, gdy zamiast mikrokoków, których w tym przypadku nie było wcale, znalazłem jakieś długie nitki poplątane z sobą w dość wielkie pęki. Postać taka była o tyle oryginalną i odrębną, że z niczém podobném dotychczas jeszcze nie spotkałem się. Przez całą długość pola drobnowidowego przeciągały pęki bardzo cienkich nitek. W każdym takim pęku było ich od 12—20. Te nici, chociaż nieco wychylone i nieco pogięte, nie plączą się z sobą ani téż obwijają się. Leżą one niemal równoległe od czasu do czasu krzyżując się, coś niby na kształt nitek w motku nienapiętym. Istota saméj nici występowała w postaci nadzwyczaj zabarwionéj. Gdzieniegdzie w nici pojedyńczéj udawało się spostrzedz niewyraźne zarysy niby kuleczek, niby mikrokoków, niby przedziałek. Końce nitek wyglądały urąbane, a nie były śpiczaste i nieprzyostrzone. W każdym preparacie znajdowało się bardzo wiele takich pęczków, krzyżujących się z sobą w najrozmaitszych kierunkach. Innéj postaci grzybków nie znalazłem wcale w preparatach z téj ropy, chociaż dokładałem usilnych starań. W ten sposób spotkałem się tutaj znowu z postacią grzybków, zupełnie odmienną od widzianéj w ropie z grupy pierwszéj i drugiéj. Nie waham się bynajmniéj w danym razie przyznać, że mamy do czynienia z nowym zupełnie gatunkiem schyzomycetu.

Nie jest bowiem rzeczą możebną, aby ta o tyle różna postać miała przedstawiać tylko inny okres rozwojowy któregokolwiek z uprzednio opisanych mikrokoków. Jestto już w każdym razie okres rozwojowy swoistego grzybka, inny, a nie okres zarodnikowy mikrokoków z dwu pierwszych grup. Jeżeli mamy prawo zrobić w tém miejscu porównanie, przez analogiję w rozwoju innych grzybków, to postać grzybka znaleziona w przypadku 14 odpowiada okresowi nitkowatemu (tasiemcowatemu), który zazwyczaj poprzedza okres zarodnikowy. Tak się rzecz ma przynajmniéj śród rozwoju *bacteria anthracis* i *bacillus subtilis* i wielu innych schyzomycetów. Bądź co bądź uważam w każdym razie odkryty w tym przypadku grzybek za organizm *sui generis*, niemający nic wspólnego z wyżéj opisanemi.

Rzecz nadzwyczaj godna uwagi, że zachodzi bardzo wielkie podobieństwo pomiędzy nitkami w téj ropie a postacią nitkowatą gatunku grzybka opisanego poprzednio pod nazwą *Cladothrix Foersteri*, który jest znany także pod nazwą *Streptothrix Foersteri.* Jeszcze w 1855 znalazł go Graefe w kanalikach łzowych oka ludzkiego w postaci splecionych i powikłanych mas grzybkowych w rodzaju konkrementów. Z poszukiwań Waldeyera, Cohna i Förstera wynika, że gatunek ten posiada kilka zwykłych okresów, a mianowicie mikrokoki, prątki i nici podobne do *leptothrix.* Ten ostatni okres często był brany za okres gatunku *Leptothrix buccalis*, są to jednak dwa osobne rodzaje. *Cladothrix F.* jest rośliną pokrewną w wysokim stopniu z *Cladothrix dichotoma*, najpospolitszym schyzomycetem w naszych wodach. Różnica polega na rozgałęzieniu, które jest właściwe *Cl. dichotoma*, a którego brak w *Cl. Försteri.* Oprócz tego pod względem fizyjologicznym *Cl. dichotoma* jest *saprofitem*, a *Cl. Försteri* pasorzytem.

Ze względu na to wszystko postanowiłem zbadać dokładniéj naturę zagadkowego grzybka. W tym celu zarządziłem sztuczną hodowlę na żelatynie pożywczéj. Okazało się jednak, że jestto środek dla hodowli nie zbyt odpowiedni, gdyż pomimo odpowiednéj ciepłoty wegetacyja grzybka pozostawała przez czas bardzo długi upośledzoną. W żadnym z hodowanych preparatów nie otrzymałem większego rozrostu. Pomimo tego łatwo można było dostrzedz, jak stopniowo długie nici zaczęły się rozszerzać na krótsze laseczniki. Przebieg ten odbywał się bardzo powoli. Rozpocząłem hodowlę w dniu 9 czerwca, a zaledwie 18 t. m. spostrzegłem wyraźne rozłamywanie się na krótkie prątki. Dalszéj obserwacyi nie robiłem, gdyż część tych preparatów została przypadkowo zniszczoną.

W końcu nie mogę pominąć milczeniem jeszcze jednego przypadku ropnego zapalenia tkanki okołonerkowéj, w któréj również znalazłem swoiste grzybki w postaci prątków.

15. Barbara W., wdowa, l. 55, robotnica w fabryce tytoniu. Zachorowała przed 2 miesiącami na silny ból w krzyżach w okolicy lędźwiowéj; zjawiła się gorączka, palenie, zaziębienie itd. Z prawéj strony krzyża także zaczęło formować się wypuklenie bolesne przy głębszym ucisku. 5 Czerwca chora udała się do szpitala, gdzie znalazłem stan następujący: głęboka i rozległa infiltracyja zapalna skóry, tkanki podskórnéj i bez wątpienia głębszych warstw mięśniowych w okolicy lędźwiowéj prawéj. Chełbotania wyraźnego nie udało mi się wyczuć. Od przodu rezystencyja znaczna przedniéj prawéj ściany brzucha, z tego powodu nie można w głębi wyczuć nic osobliwego. Mocz normalny, białka nie ma. Rozpoznałem albo *paranephritis*, albo ropień w miąższu *m. lumbalis.* Za pomocą szerokiego wcięcia na zewnętrznym skraju m. lędźwiowego wszedłem w głąb i istotnie tuż za mięśniem tym trafiłem na rozległy ropień rozciągający się daleko ku górze pod żebra. Po wypuszczeniu bardzo wielkiéj ilości żółtéj, gęstéj ropy z silnym zapachem H_2S zbadałem jamę ropnia palcem dla zoryjentowania się. Jakoż ropień zalegał całą przednią powierzchnię mięśnia i dotykał z tyłu nerki, którą można było wyczuć w głębi téj jamy. Ku górze nie można było określić granicy ropnia. Natychmiast po operacyi gorączka opadła. Chora prędko zaczęła przychodzić do zdrowia. Rana wkrótce w zupełności się zagoiła i chora po kilkutygodniowym pobycie opuściła szpital uzdrowiona.

W tym przypadku znalazłem niezmiernie wielką ilość malutkich prątków pojedyńczych, dość cienkich, bardzo słabo zgiętych, z końcami nieco zaokrąglonemi. Uderza w oczy ich nadzwyczajna ilość. Nie ma prawie miejsca w preparacie, w którym nie możnaby znaleźć choć kilkunastu takich maluczkich laseczników. Nie leżą one jednak w rojach lub kupach, jak wszystkie dotychczas opisywane, ale są rozrzucone równo po całym preparacie. Przyjmują barwnik bardzo słabo. Nie wdaję się tutaj w bardziéj szczegółowy opis znalezionych prątków w tym przypadku, wystarczy fakt, że znalezione prątki nie mogą być odniesione do żadnego z opisanych gatunków. Nie jestto także pewien tylko okres z któregokolwiek gatunku poprzedniego, lecz swoiste organizmy. Widzimy, że sprawa ropna tutaj wywołaną została jeszcze przez jeden nowy rodzaj schyzomycetu. Charakter ropnia, jego cechy i własności ropy nie różniły się od pierwéj opisanych, a jednak pomimo tego zapalenie było co do swéj istoty zupełnie różne od zapaleń poprzednio opisanych.

Z czasem, kiedy drobnowidowe badania większéj ilości

przypadków takich zapaleń wykażą nam obecność wielu innych, dotychczas jeszcze niezbadanych form i gatunków schyzomycetów, będziemy mogli stanowczo coskolwiek w téj kwestyi orzec, tém bardziéj jeżeli przez doświadczenia i sztuczne szczere hodowle będziemy w stanie wykazać dorażnie zawisłość pewnéj formy zapalenia od pewnego rodzaju grzybka. Tymczasem zaś na zasadzie badań, w téj co prawda niezbyt licznéj ilości przypadków poczynionych, wyprowadzam ten wniosek, że:

1) Zapalenia ropne tkanki łącznéj w etyjologicznem znaczeniu bywają różne.

2) Różność istoty zapalenia zależy od różności gatunku grzybka pasorzytniczego.

3) Zapalenia posiadające ten sam bodziec, tj. jeden i ten sam grzybek, są w istocie swojéj identyczne, chociaż nagabywać mogą najrozmaitsze przyrządy i występować w przeróżnych postaciach klinicznych.

To, co tu o téj kwestyi napisałem, jest słabym zaledwie zarysem tego, co jest potrzebne, aby dla tego poglądu uzyskać szersze prawo obywatelstwa w nauce. Jeżeli mi czas i okoliczności pozwolą, to jeszcze raz powrócę do téj wielce ciekawéj kwestyi.

II. Kazuistyka lekarska w Turcyi.

Zebrał Dr. W. Jabłonowski.

(Dokończenie. Patrz Nr. 50).

Wielka ilość obserwowanych przypadków półpaśca, niezwykła jego częstość pośród mieszkających tu Czerkiesów i Nogai, pozwoliły mi zapoznać się naprzód z leczeniem swojskiém i przeprowadzić szereg leczenia racyjonalnego. Dopóki w całéj prowincyi nie było lekarza, mniéj częste przypadki półpaśca były traktowane sposobem wywiezionym z Kaukazu. Ten zaś sposób swojskiego leczenia jest następujący: W okresie wstępnym, a zatém po wystąpieniu uczucia palenia, podaje się mocny wywar z liści *Saxifraga umbrosa* (pospolicie nazywanych tu „*Czaj*“) w celu wywołania obfitych potów. Następnie z chwilą ukazania się pęcherzyków całą okolicę obwija się paskiem skręconym z końskiego włosia, który pozostawiać się zwykło aż do więdnięcia wyrzutu. Ten ostatni wreszcie posypuje się proszkiem z liści dereniowych (*Cornus argentea*) i na tém kończyć się zwykło całe leczenie. Podług miejscowych wersyj ten rodzaj postępowania najczęściéj miał dawać zadowalające rezultaty. Jednakże i to pewna, że posługiwano się nim tylko w konieczném potrzebie. Bo dzisiaj ludność czerkieska, przekonana o możności leczenia się sposobem odmiennym, zaniechała swego paska, zgadzając się na zastósowanie środków bardziéj odpowiednich. Przekonany licznemi przykładami, że półpasiec nie ustępuje pod wpływem leków płynnych, usunąłem zupełnie ich zastósowanie, ograniczając się tylko do przepisywania środków suchych. Największe usługi oddał mi w tym względzie eksploatowany na miejscu boraks wapna, którego używałem już to w proszku, do posypywania powierzchni chorobowo zajętéj lub też dodawałem 3 gramy na 10 gramów kolodionu, i tą mięszaniną pokrywając całą okolicę dotkniętą półpaścem, w największéj liczbie przypadków zdołałem usunąć bóle i swędzenie. W ostatnich czasach używałem także traumatycynu, plastrów kauczukowych z kwasem chrysofanowym (10%) i jodoformem (20%), które to preparaty otrzymane bezpośrednio z fabryki C. Jacobiego w Hakingu pod Wiedniem, okazały się bardzo skuteczne. — W razach zaś większéj uporczywości bólów, podskórne wstrzykiwania morfinu, makowiec i wyciąg z wilczéj jagody okazały się zawsze skutecznemi. W lżejszych przypadkach używałem także skrobi i podazotanu wizmutu, proszku z kory kinowéj i dębowéj, co wszystko przy zachowaniu odpowiedniéj dyjety, używaniu większéj ilości nabiału i mięsa i powstrzymaniu się od przepełnienia żołądka tradycyjonalną papką kukurydzową („*Kaszamak*“), znacznie polepszało stan mych chorych. Tém jednak leczeniem nigdy nie udało mi się wpłynąć na przebieg, czas trwania i siłę objawów chorobowych. Dość znaczna liczba przypadków półpaśca została wprawdzie wyleczoną, lecz nagminny charakter cierpienia nie uległ zmianie, dając mi tém samém możność uzupełnienia mych notat dalszemi spostrzeżeniami dotyczącemi głównie etyjologii cierpienia i działania środków leczniczych, innych od dotychczas zastósowanych.

Bardzo ciekawém powikłaniem, jakie miałem sposobność uważać u żołnierzy dotkniętych durem brzusznym lub prosówkowym, były z krosty bruźdźca *(ecthyma)* występujące już to grupami po kilka lub kilkadziesiąt lub też pojedyńczo, sadowiąc się najczęściéj na pośladkach, niekiedy w okolicy krętarzy, na zewnętrznéj stronie kolan, i w okolicy krzyżowéj. Krosty, wielkości ziarnka grochu lub większe, otaczały zwykle miejsca dotknięte odleżynami, miały za podstawę warstwę skórną zaczerwienioną i dotkniętą stanem zapalnym; ukazywały się między drugim i trzecim tygodniem trwania duru, w przeciągu 4—6 dni wypełniały się ropą białawą, która po otwarciu się krosty powoli krzepła, tworząc strupy brunatne lub zielonawe, odpadające po dziesięciu dniach trwania i pozostawiając po sobie małą czerwonawą plamkę. W bruździcu towarzyszącym przebiegowi duru, nie podobna było zauważyć żadnych objawów, które mogłyby uchodzić za poprzedzające cierpienie skórne. Wyrzut krostowy miał zawsze przebieg ostry i występował przeważnie u osób nędznych, niedbałych, wyniszczonych i używających napoi wyskokowych.

Samoistnego wyrzutu bruźdźca nie zauważyłem w Turcyi. Przypadki zaś, jakie tu zwykle się spotyka, sąto zawsze powikłania występujące w przebiegu świerzbu i ospy, lub też u starców, żebraków, u których przy ogólném ustrojowém wyniszczeniu cierpienie skórne ma zawsze przebieg długotrwały, łatwo przechodzi w stan owrzodzeń, okazując się bardzo uporczywém w obec środkach leczniczych. Przekonałem się o tém w jednym ze szpitali greckich w Stambule przeznaczonym wyłącznie dla starców, gdzie leczenie niepodlegające surowéj krytyce, było przedsiębrane ze znajomością rzeczy, na nieszczęście jednak bez widocznego skutku. Z przyczyny stanu wyniszczenia chorych, a często i prawdziwego charlactwa, wypadało najprzód skierować wszelkie usiłowania ku polepszeniu ogólnego stanu ustroju. W razach więc, gdy został usunięty stan chorobowy, którego bruździec był tylko powikłaniem, wtedy kąpiele domowe lub w morzu, środki gorzkie i przetwory żelaza, stósowna wreszcie higijena okazały się bardzo pomocnemi. Powstałe zaś owrzodzenia, zwykle z trudnością tylko ustępujące, ulegały działaniu elastycznéj opaski Martina, znajdującéj tu u nas coraz obszerniejsze zastósowanie.

Pedyjatryja tureckiego Wschodu przedstawia także dość obszerny materyjał do studyjowania chorób skórnych właściwych niemowlętom. Zbyt rozpowszechniony i uporczywy tu

bardzo ognipiór, wypryski owe „Gournie“, Impetigo, bez których przebycia żadna prawie dziecina nie została tu wychowaną, bardzo dobrze są tu znane, ażeby się nad niemi zastanawiać. Z ogólnéj zaś liczby stanów chorobowych skóry zasługują tu głównie na uwzględnienie strupień i bąblica, o których parę uwag, dotyczących ich charakteru i leczenia, uważam za stósowne podać.

Strupień *(rupia)* przeważnie daje się zauważyć pośród dzieci mieszkańców miast, u których przy zupełném zaniedbaniu przepisów higienicznych, nędza, zmartwienia, złe pokarmy, zbyteczna praca i zakażenie kiłowe sprzyjają bardzo rozwojowi choroby. To téż ze spotykanych tu przypadków strupnia dwie jego odmiany głównie dają się zauważyć, a mianowicie zgorzelinowa *(R. escharotica)*, występująca nie tylko u dzieci ssących ale nawet i u odłączonych od piersi i kiłowa *(R. syphilitica)*, bardzo charakterystyczna swą sinawą obwódką i skłonnością do bardzo łatwego przechodzenia w stan rozpadu. Ostatnia ta forma nie była uważaną u noworodków lecz tylko u dzieci w wieku między 2—4 rokiem życia. Cechą patologiczną strupnia zgorzelinowego były zawsze plamy wydatne, sinawe, między 3—5 dniem pokrywające się pęcherzykami zlewającemi się z sobą u podstawy i wypełnionemi mięszaniną koloru czerwonawego złożoną z limfy, ropy i surowicy, samym już swym składem wskazujące złośliwą naturę. Pęcherzyki takie, zwykle nieregularne, po 12 dniach trwania pękały. Treść ich nie podlegająca krzepnięciu pozwalała łatwo odkryć powierzchnię owrzodzoną, bolesną, pofałdowaną, niekiedy krwawiącą, któréj wydzielina miała zawsze woń bardzo nieprzyjemną. Powolnie tworzące się strupy bywały bardzo nietrwałe, cienkie, koloru czarniawego, łatwo odpadające w kształcie łusek i swoją obecnością do najwyższego stopnia podnoszące drażliwość powierzchni owrzodzonéj, będącéj nie tylko bolesną na dotyk, ale nawet na sam prąd powietrza i wszelki rodzaj opatrunku. Strupień zgorzelinowy uważaliśmy wyłącznie tylko na odnogach dolnych, u dzieci limfatycznych, o budowie ustrojowéj wątłéj od urodzenia lub wyniszczonych przebytemi chorobami. Największa ilość przypadków strupnia zgorzelinowego daje się tu zauważyć u dzieci wyrobników greckich, rybaków lub tragarzy, pośród dzieci biedniejszéj i nędznie żyjącéj ludności izraelickiéj. Między Turkami i Ormianami formę tę rzadko spotykano. Pośród cudzoziemców, w przeciągu ostatniego dziesięciolecia zdołano zauważyć tylko dwa przypadki (Dr. Delacour).

Forma ta mająca przebieg dość ostry stosunkowo do innych odmian strupnia, opierając się wszelkim sposobom leczenia, zwykle kończyła się niepomyślnie. Wytrwałe usiłowania w celu wzmocnienia budowy ustrojowéj nieszczęśliwych chorych, środki gorzkie, żelazo, pokarmy pożywne, mogły tylko wzbudzić słabą nadzieję przedłużenia cierpienia, nigdy zaś nie gwarantowały możności jego wyleczenia. Głównym zaś tego powodem bywa tutaj okoliczność, że chorzy tego rodzaju, prócz już saméj przyczyny osłabienia ustrojowego przed tém nim się udali do lekarza przejść byli zmuszeni przez wszelkie stopnie znajomości leczniczéj tutejszych matron. Okładano je więc kataplazmami, w celu usunięcia strupów, owrzodzenia, obmywano wodą zawierającą w rozczynie chlorek sodu. Nie obawiano się stósować i najrozmaitsze maście, do których dodawano przetwory rtęci, olejki drażniące lub tłuszcz z przepiórek. I dopiero po długiém traktowaniu owrzodzonych powierzchni, przekonano się, że leczenie domowe nie przyniosło pożądanego skutku, wtedy dopiero szukano pomocy lekarza. Wypada mi tu zaznaczyć, że w kwestyi racyjonalnego leczenia praktycy tutejsi dzielą się na dwa obozy. Jedni, uważając wzmocnienie ustroju za niezbędne, pomijają zupełnie leczenie miejscowe. I w istocie, jeżeli uwzględnimy, jak jest bolesnym dla chorych każdy opatrunek i jak ich osłabia, przyznamy słuszność ograniczeniu się do zachowywania tylko czystości owrzodzeń i traktowania głównie ogólnego ustrojowego nieładu. Drugi obóz z Drem Zambacco na czele podnosi konieczność leczenia tak zewnętrznego jak i wzmacniania ustroju odpowiedniemi środkami. Niepomyślne jednak zejście każdego z zauważanych tu przypadków strupnia zgorzelinowego nie przyznało pierwszeństwa żadnemu z wyżéj zacytowanych sposobów.

Spostrzegliśmy, że forma zgorzelinowa strupnia dotyka wyłącznie dzieci z klasy roboczéj, ubogiéj. Zupełnie ma się inaczéj z formą kiłową, która znów głównie występuje pośród ludności zamożniejszéj, u dzieci młodych małżeństw tureckich, w których rzadko da się zauważyć przypadek, gdzieby ojciec był wolny od objawów kiły następowéj. To téż i przykłady téj formy spotyka się tu dość często. Cechą zaś pozwalającą odróżnić tę odmianę od poprzedniéj, jest większa ilość pęcherzyków większych i jakkolwiek ustawionych grupami i to w znacznych między sobą przedziałach, występujących głównie na tułowiu i wypełnionych surowicą bardziéj płynną, ciemnawą i wcale niezawierającą ciałeczek ropy. Strupy tworzą się powolnie, mają kolor brunatny, układają się warstwami i pod niemi spotykamy owrzodzenia niebolesne i sięgające dość głęboko w warstwy skórne. Stosownie do temperamentu strupień kiłowy przedstawia się tu w dwóch odmianach. U dzieci limfatycznych owrzodzenia dają zawsze znaczną ilość wydzieliny płynnéj i z trudnością przeobrażającéj się w strupy. U nerwowych pęcherzyki są mniejsze, ich treść skąpa, wydzielina nie tyle obfita i tworzące się strupy mają kształt drobnych łusek, z trudnością dających się oddzielić i to tylko od brzegów. Samo owrzodzenie ma dno nierówne, koloru ceglastego lub niekiedy sinawego i powstająca po zagojeniu się blizna bywa owalną, nierówną i niezgładzoną.

W leczeniu strupnia kiłowego zmyślność domorosłych znawców upokorzyła się przed koniecznością racyjonalnego postępowania. To zaś ostatnie, jeżeli tylko zostanie opartém na ścisłém rozpoznaniu, w prostéj drodze wykazuje jakość leków mających się stósować. Prócz więc działania przeciwko samemu zakażeniu za najgłówniejsze zadanie stawiamy tu sobie dążenie ku wzmocnieniu ustroju, polecając przetwory żelaza, peptony, kąpiele morskie, ograniczając się w leczeniu samych owrzodzeń do zachowania największéj czystości i niedrażnienia powierzchni owrzodzonych środkami ściągającemi lub pochłaniającemi. Rezultaty podobnego postępowania były dość pomyślne w stosunku do śmiertelności uważanéj w przypadkach strupnia zgorzelinowego, bo każdym razem, gdyśmy zdołali polepszyć warunki ustrojowe chorego, wyleczenie stawało się prawdopodobném.

Historyję powstania i rozwoju bąblicy *(pemphigus)* na tureckim Wschodzie wypada odnieść do epoki, w któréj przybycie cudzoziemców zapoznało miejscową ludność z chorobami zakaźnemi, mało tu pierwéj znanemi. W chwili bowiem gdy kiła, zołzy, krzywica itp. zaznaczyły wejście Turcyi na drogę małpowania zachodnich postępów, odtąd téż, coraz to częściéj, dawały się tu spotykać stany chorobowe, będące następstwem ustrojowego charłactwa. Inaczéj aniżeli

inne cierpienia zwykle powolnie przyswajające się na świeżym gruncie, bąblica odrazu zrobiła tu szybkie postępy. Tak że już w okresie od 1840—50 roku, praktycy tutejsi Drowie Lago, Guth i Fleury i bawiący czasowo w Stambule Clotbey, nie tylko że zaznaczyli częstość spotykanych przykładów bąblicy u noworodków, ale nawet byli już w stanie określić cierpienie pod względem jego charakteru i sposobu rozwojowego, ilości pęcherzy, a niemniéj uwydatnili występowanie bąblicy w stanie ostrym i długotrwałym. Pomału zasoby doświadczalne powiększały się coraz to bardziéj, i dzisiaj często się spotykając z bąblicą, możemy dodać, że przedstawia się tu ona jako przyrodnia i następowa, przebiegowi jéj tak ostremu jak i długotrwałemu zawsze towarzyszy stan gorączkowy, a co do formy, to odmiana zlewająca się ze znaczną ilością pęcherzy, prawie wyłącznie daje się tu zauważyć. Formę długotrwałą bąblicy, uważaną za częstszą od ostréj, bardzo rzadko i to tylko u starców miano sposobność tu zauważyć. (Klinika prof. Fauvela i Zoerosa). Co zaś do przyczyn wywołujących cierpienie, to jakkolwiek zdaniem uczonych badaczy, są one zupełnie nieznane, to jednak opinija prof. Dubois, że przyczyną bąblicy bywa najczęściéj zakażenie kiłowe, na tureckim Wschodzie znajduje najzupełniejsze potwierdzenie. Wszystkie bowiem dochodzenia nad faktami tak dawniéj obserwowanemi jak i spostrzeganemi w ostatnich czasach wykazują, że niemowlęta dotknięte bąblicą, bez wyjątku pozostawały pod wpływem zakażenia kiłowego, co wreszcie potwierdziły egzystencyja kiły u rodziców i siedlisko pęcherzy występujących zwykle na dłoni lub podeszwie nóg. Porą roku, w jakiéj największa ilość przypadków bąblicy daje się tu zauwazyć, jest lato i początki jesieni. Ukazanie się pęcherzy poprzedza zwykle stan niepokoju, gorączka, dreszcze, ogólne osłabienie, bezsenność i pragnienie, przy których dopiero 3—4 dnia następuje ukazanie się cechującego objawu. Pęcherze bywały okrągławe, rozmaitéj wielkości, od ziarnka soczewicy lub grochu, aż do objętości kurzego lub gęsiego jaja, i występowały niejednocześnie a tylko stopniowo i w miarę podsychania pierwszego wyrzutu. Czas ich trwania w najbardziéj pomyślnych przypadkach nie był krótszy od dwóch do trzech tygodni. Rokowanie oparte na sile samego cierpienia, a głównie na ogólném osłabieniu i zakażeniu ustrojowém, musiało być niepomyślném. Rozbiór anatomo-patologiczny został dokonany tylko w jednym przypadku przez prof. Fauvela na zwłokach noworodka w wieku 9 miesięcy. Znaleziono wtedy prócz charakterystycznych bąbli na odnogach i dłoni ręki, kilka pęcherzyków, w jamie ustnéj i gardzieli rozmiękczenie ogólne błony śluzowéj jelit i krew ciemną, bardzo łatwo krzepnącą.

Stósownie do zapatrywań się na naturę bąblicy, i jéj leczenie bywa rozmaitém. W Turcyi jednak, gdzie jeżeli nie wszystkie z zauważanych przypadków, to przynajmniéj większa ich część występują u osobników pozostających pod wpływem zakażenia kiłowego, leczenie pojawów skórnych bywa bardzo pojedyńczém i ogranicza się do przecięcia bąbli, usunięcia ich treści i posypywania powierzchni proszkiem podazotanu bismutu. Główna zaś uwaga bywa zwracaną na leczenie zakażenia i osłabienia ustrojowego, przeciwko którym przetwory rtęci, jodek potasu i środki wzmacniające znajdują obszerne zastósowanie. Lecz znam tu kilka rodzin, których dzieci przychodzące na świat wszystkie porządkiem są dotknięte bąblicą, i będąc najnieodpowiedniéj leczone, giną zwykle w następstwie ogólnego wyniszczenia i w następstwie objawów chorobowych skóry. Usiłowania nad przekonaniem rodziców o potrzebie poddania się leczeniu przeciwkiłowemu, zwykły pozostawać bez skutku. Przebieranie bowiem między lekarzami, z których rzadko który wskaże istotną naturę choroby, jest tu głównym powodem, że przypadki wymagające wyłącznego leczenia, bywają traktowane najgorzéj i powiększają tylko pośród noworodków liczbę nieszczęśliwych zejść. Niewłaściwe rozpoznanie i nieodpowiednie leczenie pogarszają jeszcze w przebiegu bąblicy bardzo często uważane tu powikłanie ze strony narządu trawienia, mianowicie biegunkę, nieraz długi czas opierającą się najenergiczniejszym środkom, tak, że w celu zmniejszenia śmiertelności pośród dzieci dotkniętych bąblicą, uważać wypada za najodpowiedniejsze przyjęcie za zasadę, że każdy przypadek tego cierpienia tu jest tylko powikłaniem zakażenia kiłowego, które leczone odpowiednio i na czasie, zmniejszyłoby bez wątpienia ilość przykładów nieszczęśliwych zejść i pozwoliłoby młodym mianowicie małżeństwom cieszyć się zdrowém i silniejszém potomstwem.

Podług możności uwydatniwszy charaktery chorób skórnych już to właściwych tureckiemu Wschodowi, lub téż tylko częściéj tu spotykanych, nie mogę powiedzieć, że obrobiłem mój szkic należycie i że nic więcéj nie pozostaje do dodania. Przykłady cierpień skórnych stanowią tu bardzo obfity materyjał do studyjów, z którego pewne tylko podałem fakty. Wystarczy to jednak do zdania sobie sprawy ze stanowiska, jakie zajmuje dermatologija na Wschodzie. A gdy okoliczności pozwolą mi daléj śledzić rozwój pięknéj téj nauki, to podaniem wydatniejszych przykładów postaram się jeszcze wypełnić dzisiejsze luki.

III. Oceny i sprawozdania.

E. Maragliano: **O patologii i leczeniu cholery.**

Z wygasaniem cholery starają się lekarze włoscy zużytkować naukowo rezultaty nabyte wśród ostatniéj epidemii, a jedną z prac tego rodzaju jest rozprawka M. Rezultaty uzyskane na podstawie doświadczenia zestawia on w następujących punktach:

1) Pojemność oddechowa krwi w przebiegu cholery. Do badania pojemności oddechowéj krwi skłoniło autora spostrzeżenie, że już w pierwszych okresach cholery pojawia się sinica, któréj towarzyszą przypady bezdechu a wśród nich nastaje często śmierć. Stan ten powstaje w skutek niedostatecznego utleniania się krwi, zachodzi więc pytanie, czy ciałka krwi czerwone w skutek zmian zaszłych tracą zdolność do przyjmowania tlenu, lub czy posiadają one tę zdolność, nie otrzymują jednak dostatecznéj ilości tlenu. Aby to rozstrzygnąć, posługiwał się M. własnym sposobem mierzenia i przekonał się, że w cholerze tak w okresie zamartwiczym jakoteż w okresach późniejszych pojemność oddechowa płuc nie zmniejsza się wcale, bywa nawet zwiększoną a ciałka krwi czerwone nie bywają zaopatrywane w całą ilość tlenu, jaką zdolne są objąć. To samo dzieje się wśród przypadów asfiksyi, sprowadzonych mechanicznemi przeszkodami w oddychaniu. Przypady wymienione przypisać tedy należy zmniejszeniu energii krążenia, powstającemu w skutek zagęszczenia się krwi, wcale zaś nie w skutek zmniejszenia się pojemności oddechowéj krwi.

2) Za pomocą sfigmomanometru Bascha badał autor zmiany parcia ościennego krwi, przed, wśród i po zastósowaniu hypodermoklizy i przekonał się, że w $^1/_2$ godziny po

tym zabiegu zwiększa się parcie, dochodzi do maximum w godzinę, a zwiększenie może wynosić nawet 30 milim. rtęci. Zamykając ramię hermetycznie w rurze szklanéj przekonał się M., że wzniesienia krzywizny, odpowiadające skurczowi, stają się wyższemi a tętno staje się częstszém. Na téj podstawie utrzymuje M., że hypodermokliza ma wielką wartość w leczeniu cholery; aby jednak odniosła skutek należy postarać się o warunki korzystne wessania płynu. Warunki te osiągał kąpiąc chorych przed albo też po tym zabiegu w kąpieli o 40° C. z dodatkiem gorczycy. Wobec nieszkodliwości tego zabiegu należy go stosować w każdym przypadku cholery i to metodycznie co cztery godziny. Aby wessanie przyspieszyć, należy wstrzykiwać w kilku miejscach, a przynajmniéj w dwóch. Hypodermokliza nie jest sama przez się dostatecznym zabiegiem leczniczym, zdoła ona jednak podnieść krążenie i wymianę gazów krwi. Niektórzy chorzy, u których zabieg ten stosowano, umierali wśród zapadu, który się zdarza i wśród innych chorób zakaźnych. W tych przypadkach nie wykazywała sekcyja wyschnięcia tkanek, które spostrzegano na zwłokach osób zmarłych bez użycia téj metody. Z tych spostrzeżeń wysnuwa autor wniosek, że hypodermoklizy należy używać nie tylko u tych chorych, którzy ponieśli wielką utratę wody w skutek biegunki, lecz także u tych, u których utrata wody była małą, gdyż i u tych chorych występują objawy stojące w związku z zagęszczeniem krwi i utrudnieniem krążenia. Za każdym razem wstrzykiwano litr do półtora litra, w dwóch lub więcéj miejscach. Rozczyn podany przez Cantaniego składa się z 3·0 *Natr. bicarb.*, 3·0 *Natr. jodat.* i 1000·0 *Aq. dest.*

3) Aby zwalczyć biegunki, posługiwano się lawatywami zawierającemi 1% garbnika, ogrzanemi do 40° C. Już po jednorazowém podaniu takiéj lawatywy składającéj się z litru cieczy ustawały biegunki.

4) Tak samo jak i w innych chorobach zakaźnych musi być leczenie symptomatycznem, skoro tylko stwierdzono chorobę, a leki temu odpowiednie można ująć w cztery grupy: *a)* hypodermoklyzmy; *b)* kąpiele o ciepłocie 40° C. z dodatkiem gorczycy i to kilkakrotnie, dopóki ciepłota nie podniesie się w jamie ustnéj przynajmniéj do 37·5° C.; *c)* środki podniecające, a mianowicie wstrzykiwania eteru; *d)* środki wzmacniające układ nerwowy: chinin i strychnin zapomocą wstrzykiwań podskórnych.

5) Symptomem najwięcéj w oczy bijącym jest głębokie upośledzenie czynności układu nerwowego, to upośledzenie można śledzić dokładnie, skoro tylko udało się przeprowadzić chorego przez okres zamartwiczy. Czy upośledzenie to polega na upośledzeniu odżywiania ośródków nerwowych, tego na razie rozstrzygnąć nie podobna. (*Wr. med. Blätter* 1884. No 47). *Dr. Schaitter.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

XVI. Posiedzenie zwyczajne Tow. lek. krak. z d. 3 grudnia 1884 r.

1) Obrano jednogłośnie Dra Heringa z Warszawy członkiem korespondentem Towarzystwa.

2) Kol. Obaliński okazał w dalszym ciągu kilka nowszych narzędzi używanych w chorobach dróg moczowych.

3) Kol. W. Ant. Gluziński przedstawił uwagi wysnute z doświadczeń nad trawieniem istot białkowatych w żołądkach ludzkich fizyjologicznych i patologicznych. (Rzecz ta drukowana będzie w Przeglądzie Lek.) Za sekretarza *Dr. Dobruchowski.*

V. Sekcyja okulistyczna na Kongresie międzynarodowym lekarskim w Kopenhadze 1884 r.

Sprawozdanie Dra B. Wicherkiewicza.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 50).

Siódme posiedzenie odbyło się pod przewodnictwem Noyesa przed południem 15 września.

Dianoux z Nantes mówi: O zaburzeniach w chorobie Basedowa: Mimo przeciwnych rozpowszechnionych zdań zachodzą dość często zaburzenia w narządzie wzrokowym w powyższéj chorobie i są dwojakiego rodzaju: Najprzód dotyczyć mogą przyrządu mięśniowego oka i wywołać dwojenie, niedowład mięśni prostych wewnętrznych, rozszerzenie źrenicy i niedowład przyrządu nastawczego; powtóre, dotyczą nerwu wzrokowego i przyrządu odżywczego oka, w skutek czego powstaje niedowidzenie dochodzące niekiedy aż do ślepoty. Zaburzenia mięśni objawiają się prawie we wszystkich przypadkach i powstają w części przez mechaniczną niedogodność, w części zaś przez słabość inerwacyi, wywołanéj przedłużeniem nerwów rzęskowych, postępującém pod wpływem wysadzenia gałki. Zaburzenia nerwu wzrokowego, w ogólności rzadsze od innych, mogą polegać na nieznaczném osłabieniu wzroku, a dochodzą czasem aż do ślepoty, a tak samo, jak poprzednie, biorą swój początek z postępowego przedłużenia nerwu, który staje się siedliskiem właściwego téj chorobie zwyrodnienia, przedstawiającego się przy badaniu wziernikiem jako zanik w skutek zapalenia śródmiąższowego.

Hansen Grut nie zgadza się na smutny obraz téj choroby opisany przez prelegenta. Nieznane mu są: zmiana refrakcyi, niedowidzenie, osłabienie przyrządu nastawczego jako téż niedowład mięśniowy, połączony z dwojeniem się; wszystkie te nieprawidłowości mogły były istnieć już przed powstaniem choroby Basedowa. Hansen sądzi, że jedynie zapalenie rogówki, które w takim przypadku polega na porażeniu nerwowém, jest udowodnioném. W tychto przypadkach napotyka się mniejszą lub silniejszą bezczułość.

Na to odpowiada Dianoux, iż w swoim odczycie zwracał tylko uwagę na spostrzeżenia własne. Rozpoznanie zaniku nerwu wzrokowego oparł na zmianach wziernikowych przed własnemi oczami rozwijających się. Nigdy nie spostrzegał krótkiego wzroku, któregoby zresztą nie umiał sobie, tak samo jak Hansen Grut, wytłumaczyć. Dwojenie zaś powstaje w ten sam mechaniczny sposób co dwojenie np. przy naroślach oczodołowych.

Drugi odczyt na tém posiedzeniu miał Seggel z Monachijum: O różnomiarowości w ogólności i o jéj stanie przejścia do krótkiego wzroku. Słabe stopnie różnomiarowości powstają powoli, znaczniejsze zaś są wrodzone i połączone zazwyczaj z niedowidzeniem. Różnomiarowość nabyta stoi do wrodzonéj w stosunku 17:10. Tylko przez powtórne badania można wykazać różnomiarowość nabytą. Zachodzą też przypadki przejściowéj różnomiarowości, które zamieniają się na równomiarowość (*Isometropia*). Materyjał swój, zebrany w skutek badania refrakcyi i siły wzroku, dzieli Seggel na kilka działów: Pierwszy dział obejmuje dorosłych, poddanych jednorazowemu badaniu. Tych dzieli znowu na takich, którzy otrzymali wyższe, średnie lub pierwiastkowe tylko wykształcenie. Drugi dział obejmuje uczni poddanych kilkorazowemu badaniu a składających się z kadetów, gimnazyjalistów i małych uczen-

nie. Ze statystycznych zestawień, które autor skreślił na osobnéj tablicy, wypływa co następuje:

1. Z różnomiarowych ócz, prawe posiada wyższą łamliwość od lewego i to w stosunku jak 3:2. Jeżeli zaś jedno lub drugie oko jest krótkowzroczném, stosunek ten zmienia się na 5:3, przy nadmiarowości zaś jak 6:5. Największa więc różnica zachodzi pomiędzy obydwoma oczyma w przypadkach krótkiego wzroku. Dla czego właśnie prawe oko posiada wyższy stopień łamliwości, nie wyjaśnia.

2. W rozmaitych kategoryjach różnomiarowość stoi w stosunku prostym do krótkiego wzroku.

3. Małe różnice łamliwości, jakie zachodzą pomiędzy obydwoma krótkowzrocznemi oczyma, są nabyte. Wysokie różnice, gdy chodzi o jednostronną niemiarowość wysokiego stopnia, są także nabyte.

4. Peryjodyczne badania uczni wykazują, że prawe oko posiada wyższy stopień refrakcyi od lewego oka. Krótkowzroczna różnomiarowość rozwija się sama i to w stosunku 5:3, a zamienić się może na krótkowzroczność równomiarową. Autor sądzi, że okoliczności te przemawiają za tém, że krótkowzroczna różnomiarowość, stanowi często przejście z miarowości do krótkiego wzroku, i że krótki wzrok zazwyczaj na obydwóch oczach nie w równym rozwija się stopniu.

Noyes zaproponował, znalazłszy przed 8 laty na jedném oku niedomiarowość, na drugiém nadmiarowość, na oznaczenie tego stosunku nazwą: enteropija.

Gayet z Lyonu mówi: O wycinaniu tęczówki przy ropniach rogówkowych. Już Graefe wykonywał przy ostrych ropniach rogówkowych, połączonych z nagromadzeniem ropy w komórce przedniéj, irydektomiję. Ropnie z nagromadzeniem w przedniéj komórce dzieli Gayet zupełnie dowolnie na 3 działy: 1. Na ropnie lekkie bez oddziaływania na tęczówkę. 2. Ropnie z szybkim włóknikowym wysiękiem, który przylega do rogówki. 3. Silne ropnie ze znaczném zajęciem rogówki i tęczówki, ze zrostami przedniemi i tylnemi. W cierpieniach pierwszego rodzaju wystarcza miejscowe leczenie, a tylko gdy ropień umiejscowiony w środku pozostawił znaczną bliznę, wypada późniéj zrobić sztuczną źrenicę. W drugim przypadku, gdzie plastyczność tęczówki wytwarza zrosty z rogówką, irydektomija nawet często powtórzona staje się niezbędną. W trzecim przypadku powstają znaczne utraty błony rogowéj i kończą się garbcem albo płaskiemi bliznami wraz z zanikiem gałki. Chociażby się teraz poza częściami rogówki, które pozostały czyste, wycięło tęczówkę, wyniki otrzymane będą zawsze zniechęcać, a tylko irydektomija wykonana, zanim przyszło do tak znacznych zaburzeń, będzie mogła nie jedno oko ocalić. Otworzenie wielkich ropni i częste tychże przeczyszczanie jest niewątpliwie rzeczą korzystną, lecz ocalając często nawet oko, nie ochroni go od powstania postępującego garbca, szerokich bielm, zrostów tęczówkowych, a nawet zaciem. Tu chirurgija ocala przyrząd wzrokowy, lecz przyrząd niepożyteczny a może nawet szkodliwy, z powodu powstających boleści i groźby współczulnego zajęcia. Autor przemawia więc z tych względów za wycięciem tęczówki we wszystkich większych ropniach rogówki i mniema, że żadnéj gałce nie grozi niebezpieczeństwo z powodu zakażenia.

W rozprawie nad powyższym odczytem zabierają głos: Berry z Edynburga, który widział wykonywanym sposób polecony przez Gayeta, ma więcéj zaufania do operacyi Saemischa; ta bowiem będąc skuteczną rzadko kiedy pociąga za sobą inne przykre następstwa prócz przyczepów przednich. Nawet dla przypadków więcéj rozwiniętych stawia Berry operacyję Saemischa ponad irydektomiją, podnosząc że nie potrzeba bynajmniéj przeciąć całego wrzodu, lecz jak przy wszystkich innych ropniach li tylko zaczepić ognisko.

Gayet zastrzega się przeciw temu, jakoby twierdził, że irydektomija zastąpić ma każdą inną operacyję; nie jestto środek niezawodny, lecz stanowi tylko część leczenia. G. nieraz nawet przekonał się, że mimo irydektomii ropień robił dalsze postępy, a w takich razach żegadło ogniowe, kilka razy lekko zastosowane, wyborne dało wyniki.

Noyes raz tylko wykonał operacyję Saemischa i to nie otwierając powtórnie rany, co uważa za niebezpieczne. Późniéj zwrócił się do irydektomii.

To samo Hansen-Grut, który po powtórném otwieraniu cięcia zrobionego przy operacyi Saemischa, widzi niebezpieczeństwo grożące i torebce soczewkowéj.

Meyer nie jest także zwolennikiem otwierania rany zgłębnikiem; w ciężkich zresztą przypadkach stosuje przedewszystkiém przeciwgnilne czyszczenie rany i przyżeganie ogniem. Zresztą Meyer zachowuje w cierpieniu w mowie będącém następujący porządek: 1. Wyłyżeczkowanie ropnia, wyczyszczenie rany wodą chlorową i jodoformem. 2. Galwanokaustyka, jeżeli pierwszy sposób zawiódł, a wreszcie gdy i to nie pomaga 3. Operacyja Saemischa, którą Meyer robi, przecinając według przepisu Saemischa ropień w całéj szerokości wraz z przyległą zdrową tkanką, Wielkiemu takiemu cięciu przypisuje Meyer przednie zrosty, które mu się często zdarzają.

Nieden przemawia za przyżeganiem wrzodów rogówkowych, gdy im towarzyszy ropa w przedniéj komórce. Sposób ten daje mu łepsze wyniki od operacyi Saemischa.

Ósme posiedzenie odbyło się tegoż dnia po południu.

Hansen-Grut mówi: O zezie ukrytym, mianowicie o zezie rozbieżnym. Rozbieżność ukryta nie jest ani niedowładem ani téż mięśniową słabością, również nie jest przewagą mięśni prostych zewnętrznych, lecz polega na niedostatecznym popędzie do zbieżności. Wyrażenie „zboczenie równowagi mięśni wewnętrznych prostych“ jest błędném i nie daje pojęcia o właściwym stosunku przyczynowym. Stosunek pomiędzy zbieżnością a akomodacyją wywołuje przedewszystkiém ukryty kierunek oka zasłoniętego. Dla ocenienia kierunków ukrytych potrzeba nam przedewszystkiém uwzględnić dwie rzeczy, a mianowicie: 1. Dokładne podczas badania utrzymanie akomodacyi oznaczonéj. 2. Znajomość kierunku oka przy patrzeniu w dal. Fuzyja dozwala prawidłowéj czynności mimo ukrytéj rozbieżności i zazwyczaj wystarcza nawet do trwałéj dokładnéj czynności, a niedomoga pochodząca z rozbieżności nawet w przypadkach bardzo wyraźnych nie występuje, skoro tylko fuzyja jest silną. Niedostateczna zaś fuzyja utrudnia albo nawet uniemożebnia zamierzoną adaptacyję. Mówiąc o przyczynach, które fuzyję czynią niedostateczną, wspomina autor o tém, że nie walka ale raczéj dwojenie się wywołuje znużenie mięśniowe. Jeżeli fuzyja jest dobrą, podczas gdy w pozycyi zupełnego wypoczynku rozbieżność jest znaczną, powstaje walka, ale nie tak często, jakby się to zdawało. Tylko doświadczenie kliniczne może oznaczyć, jak często i pod jakiemi warunkami powstaje niedomoga mięśniowa, którą zbyt często przypuszczano, lubo nasze środki, służące do wykazania jéj, bardzo są niedostateczne. Najprzód objawy téj niedomogi są dosyć

niepewne i nie tak łatwe do opisania jak objawy niedomogi akomodacyjnéj. Stosunek pomiędzy przywodzeniem, jakiém rozporządzamy *(disponible Adduction)*, a stopniem ukrytéj rozbieżności, nie nadaje się do pouczenia nas, czy chodzi w takim przypadku o niedomogę mięśniową, czy téż nie. Słabsze stopnie ukrytéj rozbieżności wywołują prawie bez wyjątku niedomogę mięśniową. Środki służące do dokładnego oznaczenia stopnia ukrytéj rozbieżności są niewystarczające ale i zbyteczne. Rękoczyn może tylko być wtenczas dozwolonym, gdy przypuszczamy wielką bardzo ukrytą rozbieżność w czasie zupełnego spoczynku oka, a rękoczyn taki zwraca się raczéj przeciwko zupełnemu ukrytemu zezowi, aniżeli przeciwko niewydolności mięśni. Byłoby rzeczą zdrożną, chcieć przez operacyję sprowadzić ostatecznie zbieżność oka całkiem spoczywającego nawet wtenczas, jeżeli władza odwodzenia *(facultative Abduction)* jest jeszcze wystarczającą do powstrzymania równoimiennego dwojenia się. Autor sądzi, że po uwagach, jakie uczynił w przedmiocie niewydolności mięśniowéj i wskazań do rękoczynnego wkroczenia, wiadomości nasze o téj niewydolności pozbawione będą swéj pozornéj ścisłości i dodaje dosyć dowcipnie, że chorzy przez to mimo to nic nie stracą.

N o y e s z Nowego Yorku mówi o niedomodze w skutek niewydolności mięśni zewnętrznych. Związek między akomodacyją a zbieżnością starannie był badany przez Dondersa i innych, i to we wszystkich stanach refrakcyi, mało zaś badano stopień wysileń mięśniowych w stosunku do danego stopnia akomodacyi. Ostatnia i najlepsza praca, lubo krótka i niedostateczna, dotycząca téj kwestyi jest Bisingera wykonana pod okiem Nagla. Dr. Bisinger napotkał zresztą na znaczne trudności, robiąc swe badania. Badając niedomogę starał się Noyes poznać istotną władzę mięśniową i to dla punktu bliskiego i dalekiego. Przywodzenie i odwodzenie w tych dwóch kierunkach oznacza za pomocą próby Graefego. Lubo wszystkie przypadki badane należały do rodzaju niedomogi i przeszły w stan chorobowy, to Noyes znalazł jednak, że prawidłowy stosunek pomiędzy akomodacyją a wysileniem mięśni zupełnie się zmienił, i to również w stopniach nadzwyczaj niedostatecznéj akomodacyi ze zbieżnością określoną. W tych wszystkich przypadkach, gdzie używanie ócz było bolesne i w wielu innych atropinizował Noyes silnie, ażeby się dokładnie oddzielnie przekonać o istotnym stanie mięśni wśród warunków chorobowych, w jakie się dostały przez nieprawidłowy stan akomodacyi. Również badał warunki, gdy akomodacyja była w biegu. Sposób autora polega na zbadaniu najprzód łamliwości i siły wzroku, następnie akomodacyi, a na samym końcu dzielności mięśni. Czyni to najprzód po zastosowaniu atropinu, a potém bez atropinu jednorazowe badanie rzadko kiedy wystarcza. Środek rozszerzający źrenicę nietylko wspiera rozpoznanie, ale bardzo często jest także czynnikiem leczniczym. Noyes widział 83 przypadki niedomogi w skutek niedowładu mięśni prostych zewnętrznych. Z tych największa ilość, bo 30, dotyczyła nadmiarowych, 20 miarowych, 18 niezbornych a 15 krótkowzrocznych ócz. Pewna ilość tych przypadków polegała samoistnie na kurczu akomodacyi, ale połączonym ze słabością mięśni zewnętrznych albo w rzeczywistości przez nią wywołanym. We wszystkich przypadkach niedomogi Noyes bada przedewszystkiém uważnie, czy nie ma kurczu akomodacyi, a istnienie tegoż przemawia na korzyść energicznego atropinizowania. Nie można dogmatycznie orzec, jaki jest stopień niedowładu przy odwodzeniu lub jaka jest dysproporcyja pomiędzy przywodzeniem i odwodzeniem. Skoro istnieje ból oczny, niedający się złagodzić szkłami albo atropinem lub obydwoma środkami razem, natenczas wrócić się trzeba do trójgranów przywodzących. Zazwyczaj wypada nosić je ciągle a kąt trójgranów nie potrzebuje być wyższym nad 2°, lubo jeden z chorych Noyesa nosił szkło 7°. Po kilkodniowém ciągłém noszeniu tychże ból ustępuje, kurcz akomodacyi ustaje, a chory poczyna stopniowo prawidłowo używać znowu swych ócz. Nie wolno, rozumie się, zaniedbać zastosowania środków wskazanych innemi miejscowemi warunkami lub ogólnemi chorobami. Noyes rozróżnia zazwyczaj niedomogę mięśniową samoistną od zwrotnéj, czyli wywołanéj czémś inném. Częstokroć obydwie równocześnie występują. Tenotomiję wykonano tylko w 5 przypadkach. W czterech był skutek zupełny, podczas gdy w piątym operowano bezskutecznie. Noyes zwraca na to uwagę, że w niektórych przypadkach niedowład mięśni prostych zewnętrznych jest ukryty i zapewnia, że próba Graefego zwana równowagą, *aequilibrium*, nie jest w stanie służyć do poprawnego oznaczenia punktu bliskiego a zarazem nie jest nieomylną co do punktu oddalenia. W kilku przypadkach próba ta wykaże niedowład mięśni wewnętrznych dla punktu bliskości, podczas gdy dla punktu oddalenia odkryje ona albo równowagę, albo zbieżność czyli niedowład mięśni zewnętrznych. W niedomodze badania nasze mogą wykazać równowagę, a jednak linije wzrokowe i mięśnie, nie potrzebują znajdować się w stanie spoczynku. W przypadkach, o których autor wyżéj wspominał, chodziło o niedowład mięśni zewnętrznych, a we wszystkich trójgrany przywodzące, noszone ciągle, tak przy patrzeniu zbliska jak i zdaleka, przywodzą pożądane polepszenie. W nieoznaczonéj bliżéj liczbie przypadków używał Noyes trójgranów przywodzących przy patrzeniu zbliska, a odwodzących dla odległości.

H a n s e n - G r u t nie może się zgodzić na wszystkie poruszone przez Noyesa punkta, nie przyjmuje określenia niedomogi jako zmieszania widzenia, ponieważ słowo to wyraża pewien brak władzy a nie zmieszanie. Nie można więc nazwać niedomogą dwojenia się, które powstaje z porażenia mięśnia odwodzącego, lubo w przypadku tym z pewnością przychodzi do zmieszania widzenia. Zdaje się, że Noyes podał szczegółowe zasady dla badania niedowładu, podczas kiedy określenie Hansena było tylko uogólnieniem. Przypadki niedowładu, o których Noyes wspominał, nie mogły z pewnością dać początku niedomodze przy czytaniu, ponieważ w przypadkach téj natury przywodzenie jest zawsze wyśmienite. Przypadki te mogą przedstawiać dwojenie się na odległość, a szkła trójgrańcowe z podstawą na zewnątrz usunęły dwojenie się, nie zaś niedomogę. Na twierdzenie Noyesa, że przez operacyję usunął te objawy, odpowiada Hansen Grut swojém doświadczeniem, według którego u osób po przywróceniu zupełnéj równowagi przykre objawy ustąpiły, ażeby po niejakimś czasie znowu powrócić, mimo, że równowaga pozostała niezmieniona.

N o y e s objaśnia przypadek, gdzie jest zbieżność na daleką odległość, a rozbieżność w bliskości, a przypadki takie leczy pryzmami.

M e y e r nie w ten sposób pragnie dowiedzieć się, jaka jest siła mięśnia, że go męczy. Wyniki różne przy badaniu Noyesa są następstwem ćwiczeń stopniowych trójgranami. To zaś, że i drugi mięsień, t. j. przeciwnik, także przytém wzmacnia się, jest następstwem równoczesnéj pracy i przeciwnika. Meyer nie zgadza się z Hansenem, który twierdzi,

że nie istnieje niedomoga mięśniowa. Sam bowiem przyjmuje niedomogę mięśniową, siatkówkową i nerwową.

Noyes nadmienia, że gimnastyka nie doprowadziła go nigdy do tego wyniku, jaki osiąga trójgranami, których skutek jest stały.

Lyder Borten z Trondhjemu: Czucie wzrokowe mianowicie w stosunku do czucia barw, objaśnione przez ruchy drobinowe (*mouvement moléculaire*): Obecném hasłem nauk przyrodniczych jest jedność sił, to téż wszędzie starać się trzeba o to, aby wszelkie objawy na téj drodze wytłumaczyć, a im więcéj zbliżamy się do źródła wspólnego, tém więcéj poznajemy prawdę. Światło według nowszych pojęć przedstawia nam się jako ruch (drganie), to téż nie byłoby rzeczą niewłaściwą, uważać czucie światła jako biorące swój początek od ciągłych postaci ruchów, tak że ruch światła samego w ten lub ów sposób przechodzi do materyi i przez narządy czuciowe oka dalszą toruje sobie drogę. O ile dla wytłumaczenia sobie niezliczonych skutków na system nerwowy zniewoleni jesteśmy uciekać się do różnych tłumaczeń, o tyle zdaje się, że oddaleni jesteśmy od prawdy, czyli stosując co do wzroku tylko teoryję falowania światła mielibyśmy prawdopodobieństwo, że przynajmniéj pod tym względem zbliżamy się do prawdy i do rozwiązania rzeczy. Nie wykazano jednakże jeszcze różnicy w budowie przyrządów pośredniczących czyli przewodniczących (nerwów), co w tym razie służyć nam musi za dowód jedności sił działających. Po tym krótkim wstępie mówi autor o niektórych sprawach odnoszących się do fizyki światła i przypomina, że światło białe jest w składzie swoim różnorodném i że rozmaite rodzaje światła odróżniają się długością fal i chyżością rozmaitych drgań. Doświadczenia wykazały, że własności światła słonecznego zawarte są we widmie: ciepło znajduje się przedewszystkiém po lewéj stronie widma (czerwony kolor) a mianowicie: w części ciemnéj zewnętrznéj, zresztą znajduje się ono także ku prawéj stronie (fijołkowa barwa) lecz o wiele słabiéj. Skupienie śiatła widmowego jest samoistnie największém w żółtéj barwie; widmo jest świetlne, począwszy od ciemno-czerwonych promieni aż do fijołkowych, a zatém prawie w całéj środkowéj części widma. Chemiczna własność pokazuje się przedewszystkiém po prawéj stronie, a mniejszą jest ku lewéj stronie. Każda z władz wymienionych, t. j. ciepło, światło i chemiczne działanie, znajduje się w każdym składniku światła białego lubo w rozmaitym stopniu. Mówiąc o rozmaitych rodzajach światła ze względu na ich stosunek do pierwiastków siatkówkowych, zwraca autor uwagę na rzecz stwierdzoną doświadczeniem, że ani promienie bardzo czerwone (o dłuższych falach) ani bardzo fijołkowe (o krótszych falach) nie dochodzą do siatkówki, ponieważ są już pochłonięte przy przejściu przez oko, a wyłącznie tylko falowania widma dochodzą do siatkówki. Rzeczą zastanowienia godną, że mimo licznych rodzajów światła dwa są tylko przyrządy wrażliwe (*organes de perception*). Zwróciwszy zaś uwagę naszą na stożki (*cones*), które same jedne są w żółtéj plamie, przekonywamy się, że jeden i ten sam przyrząd najrozmaiciéj przyjmuje wrażenia stosownie do tego, czy jest dotknięty tym lub innym rodzajem światła, z których każdy we właściwy sobie sposób oddziaływa na stożek. Jako przykład autor przyjmuje długość fal i chyżość drgania światła czerwonego i bada skutek przypuszczalny tegoż światła na siatkówkowy stożek. Autor uważa jako rzecz jasną, że drganie eteru nie może dotarlszy wyłącznie objąć, tylko tę cząstkę eteru, która wypełnia stożek z jego włókienkiem nerwowém i końcową komórką, a przyczynę tego upatruje w tém, że koniecznie wrażenie dłużéj trwać musi, ażeby mógł skutek nastąpić. Daléj widzi przyczynę w samém utworzeniu się obrazu, a wreszcie w zaniku nerwu wzrokowego. Co do pierwszéj okoliczności, to wyobrażając sobie, że poruszenie eteru zewnętrznego udziela się eterowi materyi nie zaś téjże saméj, nie moglibyśmy wcale zrozumieć konieczności trwania wrażenia. Inaczéj zaś rzecz się przedstawia, skoro poruszenie eteru uważać będziemy jako przeniesienie do materyi saméj. W drugim przypadku samo utworzenie się obrazu wykazuje, że jeżeli wielkość punktu świetlnego nie jest wystarczającą czyli, jeżeli ilość promieni do pewnego stopnia obniżyła się, punkt ten nie może być już widzianym, ponieważ nie wywołuje obrazu regularnego, a i to tylko pojmujemy łatwo, przypuszczając jak powyżéj, że sama materyja powinna być poruszoną przez eter, nie zaś eter przez eter. Wreszcie i zanik nerwu wzrokowego i zupełne zgaśnięcie wzroku jako jego następstwo, trudno dałyby się wytłumaczyć, gdybyśmy nie przypuścili wprost działania eteru zewnętrznego na materyję. Wiadomo, że ścisłość i sprężystość eteru ulegają zmianom stosownie do stanu materyi (skupienia i ciepłoty), a łatwo zrozumieć, że pewien przewrot materyi nerwowéj mógłby wywołać przewrot w istocie eteru nerwowego i przez to uczynić trudną czynność wzroku.

Po powyższych uwagach dochodził autor do koniecznego wniosku, że tylko przez przeniesienie fal eteru zewnętrznego na materyję samą może powstać wrażenie optyczne. Hipoteza ta ma zresztą swoje uzasadnienie. Wpływ wrażenia światła na otaczającą je materyję, polega na chłonięciu (ciepło). Dla czego nie mielibyśmy przyjąć tego samego chłonienia i tego samego wpływu na materyję istoty nerwowéj? Skoro zaś drobiny materyi wpływają na otaczający je eter, to téż możemy tém samém prawem twierdzić, że ostatni ma wpływ na tamte. Przypuśćmy teraz, że stożek siatkówkowy wystawiony jest na światło. Prawdopodobnie falowanie zewnętrznego eteru udzieli się natychmiast cząstkom eteru stożka, a następnie poruszenie ztąd wypływające przejdzie na materyję rozwijając tamże swój wpływ. Ażeby wytłumaczyć sobie skutek czerwonych promieni tak samo jak i innych, trzeba nam przypomnieć sobie własności przywiązane do rozmaitych rodzai promieni, a mianowicie: ciepło, wpływ chemiczny i światło. Uprzytomniając sobie następnie ilościowy rozkład tych własności we widmie przekonamy się, że promienie czerwone nietylko mają skutek światła, lecz działają także przez ciepło, a najmniéj chemicznie. A zatém stożek siatkówkowy stoi więcéj pod wpływem ciepła, a najmniéj pod wpływem działania chemicznego. Ponieważ ciepło przechodząc na materyję rozszerza i przyspiesza poruszenie drobinowe, przeto też światło czerwone wywoła przyspieszone poruszenie w stożkach siatkówkowych, pozostawiając je zupełnie w spokoju pod względem działania chemicznego. Ale teoryja falowania poucza nas, że poruszenie drgające wywołane innem podobném różni się od tegoż tylko obszarem, nie zaś trwaniem migotań. W ten sposób widzimy, jak światło czerwone toruje sobie drogę przez swoje własności do stożka siatkówkowego i przenosi poruszenie na drobiny stożkowe. Ztąd wypływające poruszenie dochodzi według naszego zrozumienia przez włókienka nerwowe aż do końcowéj komórki optycznego środka. To, co się rze-

kło o świetle czerwoném, dotyczy także każdego rodzaju światła, które te same posiada własności, a stosownie do stopnia tychże, wywoła podobny skutek lubo nieco zmieniony. Weźmy np. światło zielone: Z powodu mniejszéj długości fal, a większéj chyżości drgań, ma ono mniejsze działanie cieplne, większe zaś chemiczne. Ta rozmaitość „ilości i jakości" nie pozostaje bez wpływu na materyję, a według autora wpływ chemiczny jakiegokolwiek światła, działa w ten sposób na drobiny, że ztąd wypływa większa albo łatwiejsza władza migotań; skłania się tu autor do przypuszczenia, że skutek chemiczny stoi w stosunku do warunków sprężystości drobin. Co do skutku ciepła, to autor wnioskuje tak: Skutek ciepła właściwy rozmaitym rodzajom światła wystarcza do rozszerzenia materyi służącéj drobinowemu drganiu, które odpowiada pewnéj objętości, skoro ten skutek ciepła w ogólności w prostym stoi stosunku do objętości, a tém samém do łatwości, z jaką materyja przepuszczać może fale światła o większéj objętości. Poruszenie wywołane w materyi musi więc odpowiadać pewnemu światłu. Wiemy, że siła zmniejsza się po stronie fijołkowéj widma. Jeżeli więc największa część téj siły służy do wywołania skutku chemicznego, skutek ciepła tym będzie słabszym, tak samo jak rozszerzenie materyi. Nie potrzeba tu atoli wielkiego ciepła ani znacznego rozszerzenia, gdyż długość fal zmniejsza się po prawéj stronie widma. Skoro wiemy, że światło fijołkowe ma małą objętość, a wielką chyżość fal, zrozumiemy, że zbywać jéj może na wielkim skutku ciepła, a przeciwnie, wielki mieć musi wpływ chemiczny. Światło żółte nieco zbacza od powyższych stosunków. Z powodu krótszych fal, a większéj chyżości powinno mieć mniéj wpływu ciepła od światła czerwonego, a tymczasem rzecz ma się zupełnie przeciwnie. Oprócz największéj ścisłości światła, ma ono jeszcze największe działanie ciepła. Przyczyną tego jest albo słabe chłonienie promieni przez powietrze, co sprawia, że większa liczba tych promieni do nas dochodzi, albo też wielka objętość drgań światła żółtego, albo też wreszcie obydwie okoliczności wspólny wywierają wpływ. Uczyniwszy zadość wymaganiom fizyki przy badaniu wpływu rozmaitego światła na przyrządy wrażliwe, starał się autor wytłumaczyć siłę żywotną falowań eteru w stosunku do materyi. Przez rozkład na działanie chemiczne, ciepło i pracę mechaniczną, siła ta wywołała w drobinach materyi poruszenie równe poruszeniu eteru.

Dziewiąte posiedzenie 16 sierpnia przed południem pod przewodnictwem Schmidt-Rimplera.

Bjerrum mówi: O stanie łamliwości oka u noworodków. Wyniki autorów, którzy się poprzednio zajmowali tą sprawą, nie są wcale zgodne. I tak spotykamy w pierwszym rzędzie liczby Jaegera, Elyego i Horstmana. Większa liczba noworodków badanych przez Jaegera była krótkowzroczną, u Elyego zaś miarową, a u Horstmana w lekkim stopniu nadmiarową. Badając 100 ócz bez atropinizowania Jaeger znalazł następujące liczby: H. 17, E. 5, M. 78. Bjerrum powątpiewa o ścisłości tych liczb, a to z powodu, że autor nie używał atropinu, Ely, który stosował atropin $\frac{1}{2}$%, badał 154 ócz i znalazł 69%H, 14%E, 18%M. Horstmann atropinizując także 70% Hp. (nie wyżéj na 1,5D) 20%E, 10%M (nie wyżéj nad 1D). Königstein nie znalazł pomiędzy 300 dziećmi ani jednego przypadku krótkiego wzroku, z tych mało tylko było miarowych, a prawie wszystkie nadmiarowe. Schleich pomiędzy 150 dziećmi atropinizowanemi, które wszystkie były nadmiarowe, znalazł 53% 4D i wyżéj, 36% od 2—4 Diop., a 11% od 1—2 Diop. Ulrich badał dzieci 102, i to od kilku godzin do kilku dni. U wszystkich była nadmiarowość, lubo mniéj silna jak w przypadkach Schleicha. W liście pisanym do Bjerruma wyraża Löwegren powątpiewanie swoje co do wrodzonéj krótkowzroczności i twierdzi, że nigdy jéj nie spotkał u noworodków. Z powodu powyższych różnic zdań, podjął Bjerrum szereg poszukiwań systematycznych co do łamliwości u noworodków i doszedł do wyników podobnych do tych, jakie mieli Königstein i Schleich. Bjerrum badał 63 dzieci, którym dwie godziny przed badaniem w obrazie prostym wpuścił $\frac{1}{4}$% rozczyn atropinu; 16 z tych dzieci miało wiek od 2—24 godzin, 16 dzieci od 1—2 dni, 31 od 2—5 dni. W żadnym przypadku nie znalazł B. krótkiego wzroku. U 27miu dzieci były oczy miarowe, u 36ciu nadmiarowe od 1,5 aż do 9 diop. Miarowość, któréj Schleich wcale nie przyjmuje, zachodziła w 43% przypadków. Przechodząc następnie do opisu dna oka u noworodków, przedstawia Bjerrum tarczę tak samo jak Jaeger i Königstein, biało-niebieskawą, biało-szarawą, coby wskazywało na niedowidzenie lub ślepotę. U młodych dzieci badanych przez Bjerruma obwód dna oka był jasnoszary, a nie czerwony, naczynia zaś bardzo ciemne, u dwojga dzieci jednodniowych autor znalazł w obwodzie siatkówki, jakotéż w otoczeniu tarczy, wybroczyny krwawe z białemi punktami w środku.

Hansen czyta następnie pracę Loevenhooka, w któréj autor wyklucza myopiję u noworodków.

Wicherkiewicz baczną zwracał uwagę, gdzie tylko do tego miał sposobność, na łamliwość ócz noworodków, i stanowczo w kilku przypadkach, które badał po należytém atropinizowaniu, mógł się przekonać o krótkowzrocznéj budowie. U jednego nawet dziecka krótkowzroczność ta wynosiła kilka dioptryj. Podziela więc najzupełniéj zapatrywania tych autorów, którzy z doświadczeń swoich wrodzoną krótkowzroczność przyjmują. Liczebnego stosunku, przytaczając z pamięci, podać nie może, pewnym jest atoli, że krótkowzroczność w daleko mniejszym występuje stosunku u noworodków, aniżeli miarowość lub nadmiarowość.

(Dokończenie nastąpi).

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Buczacz. Krztusiec wygasł w gminach położonych koło Uścia Zielonego, natomiast utrzymuje się jeszcze pod Buczaczem i koło Potoka Złotego w 4ch gminach. Charakter krztuśca dość łagodny, odsetka śmiertelności 8·3%. W Buczaczu samym stan zdrowia pomyślny. Z epizoocyj pojawiły się tylko parchy końskie w Cwitowéj i Leszczańcach. *Dr. J. Obtułowicz.*

Statystyka epidemij. W tygodniu od 30 listopada do 6 grudnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 26,0. Z odry umarło 2 (0 z. t.) z płonicy 4 (2 z. t.); z błonicy 1 (0 z. t.); z duru brzusznego 4 (2 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 3 przypadkach odry (1 z. t.); 5 płonicy (2 z. t.); 2 błonicy (0 z. t.); 1 krztuśca (0 z. t.); 1 duru osutkowego (0 z. t.); 1 czerwonki (0 z. t.). W tygodniu od 23—29 listopada umarło z ospy w Londynie 30, leczyło się w szpitalach 942, świeżo zapadło 252. W Bukareszcie i Murcyi umarło z ospy po 1, w Rzymie i Kalkucie po 3, w Wiedniu, Pradze, Warszawie, Wenecyi i Madrycie po 4, w Paryżu i Lizbonie po 5, w Petersburgu 6, w Tryjeście 44. Odra panuje w Kopenhadze, płonica w Amsterdamie i Pradze. Z duru osutkowego umarło w Londynie i Petersburgu po 1, w Madrycie 3. Z cholery umarło w Paryżu od 23—29 listopada 74, w Kalkucie od 13—18 października 12, w Bombayu od 23—28 października 20, w Madrasie od 19—24 października 8.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 23—29 listopada umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców:

w Krakowie 20,8; w Warszawie 31,1; w Poznaniu 20,3; w Wiedniu 24,5; w Budapeszcie 22,6; w Pradze 32,7; w Tryjeście 58,6; w Berlinie 26,3; w Hamburgu 30,2; we Wrocławiu 26,7; w Gdańsku 26,7; w Monachowie 25,8; w Dreźnie 18,5; w Lipsku 20,2; w Genewie 20,6; w Brukseli 24,3; w Amsterdamie 28,2; w Hadze 21,4; w Paryżu 28,7; w Londynie 22,3; w Kopenhadze 29,8; w Stokholmie 23,2; w Chrystyjanii 24,3; w Petersburgu 22,4; w Odesie 32,6; w Rzymie 22,5; w Wenecyi 31,1; w Bukareszcie 28,1; w Madrycie 25,7; w Lizbonie 25,0; w Aleksandryi 35,6; w Nowym Yorku 25,1; w Filadelfii 19,2; w Bombayu 26,3; w Madrasie 35,2. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 18 grudnia. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego wybrani zostali na rok 1885: prezesem prof. Dr. Rosner, wiceprezesem Dr. Wiszniewski, sekretarzem dorocznym Dr. Dobruchowski, redaktorem Przeglądu Lekarskiego redaktor dotychczasowy, członkami komisyi redakcyjnéj proff. Korczyński, Obaliński, Oettinger i Dr. Kwaśnicki, biblijotekarzem Dr. Murdzieński, delegatem Tow. w Radzie sanitarnéj miejskiéj prym. Dr. Paszkowski, delegatami Tow. do Rady zawiadowczéj Tow. lekarzy galicyjskich Drowie Krówczyński i Dr. Rieger we Lwowie, oraz przyjęto do wiadomości wybór ze strony tegoż Towarzystwa rektora Rydla i doc. Grabowskiego, jako członków komisyi redakcyjnéj Przeglądu Lek. Wreszcie Dr. Kohn miał odczyt zapowiedziany.

* W sobotę d. 20 b. m. Tow. lek. warszawskie na uroczystém posiedzeniu obchodzić będzie 25-letni jubileusz pracy na polu nauczycielskiém prof. Hoyera. Tow. lekarskie krakowskie, które jubilata zaliczyło w poczet swych członków honorowych, jak niemniéj Wydział lek. U. J. i Akademija Umiejętności nie omieszkają przesłać swych życzeń. — Prof. Henryk Hoyer urodzony w r. 1834 w Inowrocławiu uczęszczał na medycynę we Wrocławiu i Berlinie i w r. 1857 otrzymał stopień doktora medycyny. W r. 1859 powołany został do Warszawy i odtąd nieprzerwanie wykłada zrazu fizyjologiję, a następnie histologiję, embryjologiję i anat. porównawczą. Znane są liczne jego prace w językach: polskim, niemieckim i rosyjskim, przeważnie treści histologicznéj.

* Na ostatniém posiedzeniu ogólném Towarzystwa Dobroczynności, odbytém w obecności Protektora JE. X. Biskupa, wybrany został Prezesem Towarzystwa kolega nasz Dr. Wł. Ściborowski.

* **Wiedeń**. D. 6 b. m. otwarty został nowy szpital braci Miłosierdzia, mieszczący 300 łóżek. Szpital ten znajduje się w dzielnicy Leopoldstadt, Mohrengasse.

Rada sanitarna dolno-austryjacka na ostatniém swém posiedzeniu załatwiła sprawę obsadzenia oddziału szpitala powszechnego po Kolisce, przedstawiając terno, w którém na pierwszém miejscu umieszczony jest znany praktyk wiedeński, a na 2ém i 3ém dwaj inni lekarze wiedeńscy.

* **Mianowania i odznaczenia**. Prof. Lumniczer w Budapeszcie otrzymał tytuł i rangę radzcy ministeryjalnego. — Fizykiem miejskim w Pradze czeskiéj mianowany został dotychczasowy lekarz okręgowy miejski Dr. Henryk Záhor.

* **Nekrologija**. W Berlinie umarł tajny radzca lek. Dr. Lessing, obywatel honorowy miasta Salcburga (zaszczytu tego dostąpił z powodu napisania uczonéj rozprawy o Paracelsie); w Hamburgu Dr. Cohen, słynny praktyk tameczny.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 48: Krokiewicza: O niektórych nowszych lekach polecanych przeciw chorobom wewnętrznym (c. d.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 48: Mendelssohna: O odczynie elektrycznym nerwów czuciowych skóry przy wiądzie rdzennym; Jakowskiego: Przypadek kurczu u dojących; Rothego: Podstawy psychijatryi tegoczesnéj (c. d.).

W *Medycynie* Nr. 49: Meyersona: Polip krtaniowy operowany po uprzedniém znieczuleniu kokainą. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 49: Mendelssohna: O bezpośredniéj pobudliwości pęczków przednich rdzenia kręgowego; Rothego: Podstawy psychijatryi tegoczesnéj (dok.).

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 50: Rejchmana: Badanie nad trawieniem mleka w żołądku ludzkim; Sokołowskiego: Przypadek zwężenia krtani; Andersa: Kw. salicylowy, jako poronny środek leczenia wrzodów miękkich. — W *Medycynie* Nr. 50: Tymowskiego: Kilka słów o cierpieniach żołądka w przebiegu późnego przymiotu. — W *Pamiętniku Tow. lek. warsz.* zeszycie III: Bujwida: Mikroskopija i mikrochemija plwociny w chorobach dróg oddechowych; Wolfringa: O stosunkach fizyjologicznych naczyń krwionośnych powiek do naczyń mięśnia podnoszącego powiekę górną.

Redakcyja otrzymała:

Dr. T. HERING: Grzybica gardzieli włoskowcowa. (Odbitka z „Gazety Lek.") Warszawa 1884, in 8vo str. 12 z tabl. litogr.

Tenże: Kwas chromowy jako środek leczniczy w chorobach nosa, gardzieli i krtani. (Odbitka z „Gazety Lek."). Warszawa 1884, in 8vo str. 27.

Fr. RUBINSTEIN: Rozszerzanie cewki moczowéj u kobiet. (Odbitka z „Medycyny") in 8vo str. 13.

Tenże: Zboczenie porodowe wywołane przez nadmierny wymiar barkowy płodu. (Odbitka z „Gaz. Lek.") in 8vo str. 9.

Tenże: Wahrung der Priorität der Messungsmethode des Symphysen—Conjugata vera—Winkels. (Odbitka z „Centralbl. f. Gynäk.") in 8vo str. 2.

Tenże: Kilka uwag o przyczynie położeń płodu. (Odbitka z „Przeglądu Lek." 1884) in 8vo str. 20.

Tenże: Jeszcze kilka słów o przyczynach położeń płodu. (Odbitka z Przegl. Lek. 1884) in 8vo str. 6.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Z zapomogi Kasy pomocy dla osób pracujących na polu naukowém wydane zostały następujące dzieła, których skład główny w księgarni E. Wende i Sp. (Warszawa Krakowskie przedmieście Nr. 9).

T. H. Huxley, Wykład biologii praktycznéj. Przekład A. Wrześniowskiego 1883. Cena rs. 1.

Sprawozdania z piśmiennictwa naukowego polskiego w dziedzinie nauk matematycznych i przyrodniczych. Rok I. Cena rs. 1.

Wiadomości początkowe z botaniki napisał Dr. K. Filipowicz. Cena 1 rs.

Dr. F. V. Birch-Hirschfeld, Wykład anatomii patologicznéj. Część ogólna. Przełożył Dr. W. Mayzel. Cena rs. 2.

Na rzecz Kasy sprzedaje się:

Boberski W. Powstawanie gór i lądów. Cena 25 kop.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narozny.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 27 grudnia 1884. № 52. Rok XXIII.

Przegląd Lekarski, organ Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego, rozpoczyna w dniu 1 Stycznia 1885 **rok dwudziesty czwarty** swego istnienia i wychodzić będzie w tym samym co teraz formacie w objętości 1½ arkusza na tydzień, jak **najregularniéj**.

Wszystkie prace umieszczane w Przeglądzie Lekarskim, tak oryginalne jakoteż nieoryginalne, są płatnemi.

Prenumerata Przeglądu Lekarskiego z przesyłką pocztową bezpośrednią wynosi:

	w Austryi	w Królestwie Polskiém i Cesarstwie rosyjskiém	w Cesarstwie niemieckiém
rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 marek
półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „
kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „

we Francyi i Belgii

rocznie 24 franki, półrocznie 12 franków, kwartalnie 6 fran

W innych krajach według przepisów pocztowych.

Prenumeratę przyjmują: w Krakowie Administracyja, nadto w Warszawie pp. Gebethner i Wolff, w Paryżu, p. Adam, Rue Clément 4. — Ogłoszenia przyjmują: Administracyja, oraz w Paryżu p. Adam, Rue Clement 4 i p. Dobrowolski Faub. St. Martin 57.

Zwracamy zarazem przy téj sposobności uwagę szanownych Członków korespondentów Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, iż według obowiązującego statutu winni Przegląd Lekarski abonować bezpośrednio w Administracyi.

I. Z oddziału chirurgicznego szpitala powszechnego we Lwowie.

Rzadszy przypadek nowotworu w okolicy stawu biodrowego lewego.

Opisał Dr. Roman Barącz

były lekarz tegoż oddziału.

W czerwcu b. r. obserwowałem na oddziale chirurgicznym szpitala powszechnego we Lwowie przypadek nowotworu w okolicy stawu biodrowego lewego i krętarza wielkiego, który przy dokładniejszém badaniu okazał się jako *Hygroma proliferum fibromatosum*, a który ze względu na punkt swego wyjścia i usadowienie zasługuje na bliższe opisanie.

Serka Ebertówna l. 18 licząca sługa niezamężna ze Sambora spostrzegla przed dwoma laty ból w okolicy stawu biodrowego lewego. Wkrótce potém powyżéj krętarza wielkiego lewego miał powstać guz wielkości orzecha włoskiego, który powoli ale ciągle wzrastał, aż doszedł do obecnych rozmiarów. Chora doznaje przytém od czasu do czasu strzykania w guzie i częstego bólu, które zniewalają ją do udania się na oddział chirurgiczny szpitala powszechnego we Lwowie, gdzie d. 21 maja b. r. przyjętą została.

Badanie wykazuje u dziewczyny wzrostu średniego dobrze odżywionéj ponad liniją Nélatona po stronie lewéj nad krętarzem wielkim między tym ostatnim a przednią częścią grzebienia kości biodrowéj guz mający gładką powierzchnię, kulisty, wielkości kuli bilardowéj. Guz sam jest mało ruchomy, ciastowato miękki, w głębi jego zaś wykazać można niezupełnie wyraźne chełbotanie. Skóra nad nim jest blada, przesuwalna, połyskująca i z łatwością w fałd ująć się daje. Guz ten nie jest przy omacywaniu bolesnym. Obrzęku gruczołów chłonnych w pachwinie i t. p. wykazać nie można.

Przy rozpoznaniu skłaniano się do przypuszczenia obecności tłuszczaka z powodu ciastowatości guza przy omacywaniu, braku bolesności, z powodu następnie, że skóra nie była zajętą, z powodu wreszcie powolnego wzrostu, wieku choréj itp. Gdy jednak wykazano niewyraźne chełbotanie w głębi, skłaniano się do rozpoznania torbiela zastoinowego (*Atheroma*). Wykluczyć zaś musiano nowotwory złośliwe z powodu stosunkowo długiego i powolnego wzrostu guza, braku zajęcia gruczołów chłonnych w sąsiedztwie guza, braku bólu znaczniejszego, kacheksyi nowotworowéj i t. p.

Nie widząc innego sposobu uwolnienia choréj od guza przystąpiono 25 maja do usunięcia go za pomocą operacyi, którą wykonał Dr. Dyhdalewicz.

Najpierw zrobiono punkcyję próbną, przyczém z głębi

guza wypłynęło parę kropel cieczy przeźroczystéj, do surowicy podobnéj. Następnie zachloroformowano chorą i poprowadzono cięcie pionowe wzdłuż całéj długości guza. Już w tkance podskórnéj natrafiono na żółtawo-białe twarde utkanie guza, wykazujące w głębi zawsze jeszcze niewyraźne chełbotanie. Starano się guz z otoczenia wyłuszczyć tępo za pomocą elewatoryjum i zakrzywionych nożyczek. Podczas tego zabiegu ściana guza w miejscu, w którém była wyjątkowo cienką, pękła i wypłynęło z głębi parę gramów płynu podobnego do tego, jaki przy nakłuciu próbném z jamy guza wydobyto. Po zupełném wyłuszczeniu nowotworu założono sączek, następnie szew węzełkowy; założono na to opatrunek jodoformowy. Gojenie rany postępowało przez ropienie a chora opuściła szpital 17 czerwca z przetoką w dolnéj części rany do 5 cm. w głąb drążącą.

Guz wycięty przedstawiał torbę, która posiadała ściany twarde żółtawo-biało zabarwione grubości bardzo rozmaitéj, gdyż miejscami tylko $^1/_2$ cm., w innych zaś miejscach aż do 5 cm. wynosiła. Zewnętrzna powierzchnia guza była chropowatą, po części z powodu zrostów z częściami sąsiedniemi, po części zaś z powodu oddzielania guza tępemi narzędziami i pozostania strzępów utkania przy częściach okolicznych. Wewnętrzna powierzchnia guza natomiast jest zupełnie gładką, podobną do błony surowiczéj lub do cienkiéj skóry; miejscami zaś pokrytą jest drobnemi strzępami, które dają się łatwo zeskrobać zawieszone a w płynie wyżéj opisanym jamę wypełniają guza. Miejscami zauważyć można nadto wypustki drobne i nawet większe wyrastające ze ściany wewnętrznéj torby a mające długość do 0·10 cm. Wejrzenie guza tego było więc tego rodzaju, że podejrzywano obecnie torbiel skórny; ażeby się jednak w tym względzie upewnić, zbadałem guz ten dokładnie drobnowidowo w pracowni patologiczno-anatomicznéj szpitala powszechnego z łaskawą pomocą prof. Feigla.

Badanie to wszakże wykazało, że ściany torby złożone są nawskróś z utkania łącznego włóknistego, którego pęczki krzyżują się w najrozmaitszych kierunkach i które zaopatrzone jest w mierną tylko ilość naczyń krwionośnych. Wewnętrzna ściana zaś nie okazuje ani śladu budowy skóry a przedstawia tylko bardzo zbite utkanie łączne podobne jak w błonach surowiczych, tu i owdzie pokryte jakby resztkami przybłonków płaskich, z którego odchodzą miejscami dość gęsto, w innych miejscach skąpo owe wypustki, w których budowa jest również zupełnie włóknistą. Badanie drobnowidowe strzępków zawieszonych w płynie i pokrywających miejscami ściany jamy guza wykazało, że strzępy te pochodzą od skrzepłego białka, częścią tłuszczowo przeobrażonego, i rozpadających się skąpych komórek limfatycznych, możliwie zaś i resztek rozpadającego się przybłonka. Badanie drobnowidowe nie potwierdziło więc domniemanego rozpoznania skórzaka. Guz ten według wyniku badania uważać raczéj musimy za torbiel mający ścianę wewnętrzną surowiczą, wydzielającą płyn surowiczy i białko, z którego wydzieliły się opisane strzępy i kłaczki, ściany zaś mocno przerosłe, włókniste, zupełnie takie jakie w utkaniu włókniaków napotykamy.

Zastanawiając się nad istotą, znaczeniem i sposobem powstania tego guza, nie od rzeczy będzie, zestawić możliwe w téj okolicy nowotwory.

Wedle S. W. Grossa (*Americ. Journal of the Medical Sciences. Juli and October 1879*) w ogóle guzy okolicy stawu biodrowego należą niewątpliwie do rzadszych. Należą tu przeważnie mięsaki; mniéj zaś częstemi bywają kostniaki, chrzęstniaki, chrzęstniaki kostne, włókniaki i śluzaki. Wedle Königa (*Chirurgie III Aufl. Bd. III*, pag. 257) pojawiają się czasem między mięśniami siedzeniowemi albo wśród mięśni samych torbiele bąblowcowe, także tłuszczaki i torbiele retencyjne (*Atheromata*). Mięsaki powstają także wśród mięśni siedzeniowych i wyrastają czasem z miednicy zajmując następowo miejsce mięśni, które wypierają. Według Dra V. P. Gibneya, prof. ortopedycznéj chirurgii w poliklinice w Nowym Yorku (*The Hip and its Diseases New York 1884*, p. 110), torebki maziowe mięśni tej okolicy stanowią często punkt wyjścia obrzęków bądźto zapalnych bądź nowotworowych. Podług Morrisa (*Anatomy of the Joints*) znajduje się w okolicy stawu biodrowego dziewięć torebek maziowych. Z tych kilka pozostaje w związku z mięśniami, których ścięgna przyczepiają się do krętarza wielkiego i tak: 1) Pomiędzy *Musc. Glutaeus medius* a górną przednią częścią krętarza wielkiego znajduje się mała torebka maziowa; 2) większa niż poprzedzająca znajduje się pomiędzy ścięgnem *M. glutaeus minimus* a przednią częścią krętarza wielkiego; 3) na przednim brzegu *Mus. glutaeus maxim.* między nim a *M. vastus ext.* wielka torebka maziowa; 4) na nasadzie krętarza wielkiego wielka wielokomorowa torebka maziowa pod powięzią *Musc. glutaeus maxim.*; 5) wielka torebka maziowa pomiędzy *M. iliacus* a cienką częścią *ligamentum capsulare* leżąca z przodu stawu biodrowego a będąca w związku z jamą stawu, odległa od krętarza, którą przytaczam tu dla dokładności opisu anatomicznego. Pozostałe 4 torebki znajdują się w tylnéj części stawu: 6) pomiędzy *M. obturator extern.* a tylną powierzchnią szyjki kości udowéj nieznaczna torebka; 7) pomiędzy *M. obturator intern.* a *Mm. gemelli* a tylną powierzchnią torebki stawowéj często natrafiana podłużna torebka maziowa; 8) pomiędzy *M. quadratus femor.* a *M. obturator extern.* i tylną częścią torebki stawowéj; 9) wielka torebka maziowa pomiędzy *M. quadratus femor.* a tylną powierzchnią małego krętarza. Wspomniany już powyżéj autor Prof. Gibney poświęca rozdział VII swego dzieła (*The Hip and its Diseases*) sprawom zapalnym torebek maziowych, mówi o trudnościach rozpoznawczych, przytacza liczne historyje chorób, z których przypadkowo jedna zgadza się prawie zupełnie z naszym przypadkiem, a na końcu rozdziału podaje następujący krótki wynik swego doświadczenia klinicznego pod tym względem (p. 119 i nast.). Według niego torebki w okolicy stawu biodrowego ulegają czasem sprawom zapalnym po urazie, dłużéj wywieranym ucisku, wystawieniu na zimno lub idyjopatycznie. Wywołują one zazwyczaj nieznaczne tylko zapalenie w częściach okolicznych; staw biodrowy następowo jednakże uledz może sprawie zapalnéj, zwłaszcza jeżeli torebka pod *M. ileopsoas* jest zajęta sprawą chorobową. Czas trwania sprawy zapalnéj bywa bardzo różnym; w pewnéj liczbie przypadków *bursitis acuta* odnawia się, i choroba przechodzi w ten sposób w stan chroniczny. Takie nawroty naprowadzają dopiero najczęściéj na właściwe rozpoznanie. Głównym objawem jest przytém ból miejscowy czasem rozpromieniający, drętwienie i mrowienie odnóg. Rozpoznanie stosunkowo jest łatwém z przebiegu choroby, ze znajomości lokalizacyi anatomicznéj prawidłowych torebek maziowych, z obecności torbiela i z badania tegoż, obok wykluczenia chorób torebki stawowéj, innych chorób około stawu (periartykularnych) lub wreszcie chorób kości.

Leczenie, według tego samego autora, takiego stanu zapalnego torebki polega na stosowaniu środków odwodzą-

cych, jeżeli przebieg nie jest ostrym; wśród ostrego zaś przebiegu wskazane są okłady ciepłe, unieruchomienie i ucisk. Jeżeli pomimo to powroty nastąpiły, jeżeli badanie wykazuje treść surowiczoropną, leczenie powinno być tylko chirurgiczne, t. j. polegać na wycięciu obrzęku albo też na zniszczeniu go innym zabiegiem chirurgicznym (przez założenie zawłok, wstrzykiwanie jodyny). Natomiast jest rzeczą niebezpieczną pozostawiać bez zabiegu chirurgicznego torebkę maziową długo w stanie zapalnym pozostającą, będącą w związku bezpośrednim ze stawem albo też leżącą na torebce stawowéj. Również T. Bryant w dziele swojém o chirurgii (*The Practice of Surgery 4 Edit. Vol. II*, pag. 319), podaje, że w zaniedbanych i chronicznych przypadkach torebki maziowe tak konsolidują się, że zamieniają się na twarde obrzęki jakkolwiek zawsze zachowują jamę w swym środku, a cała ich ściana przedstawia się jako koncentryczne warstwy uorganizowanéj limfy. W wyjątkowych tylko przypadkach torebka maziowa zupełnie się konsoliduje. Torebki te zwyczajnie zawierają płyn surowiczy, jakkolwiek czasem w płynie tym zawieszone są prążki krwi; w innych znowu przypadkach pływają wśród surowicy ciałka ryżowe (uorganizowany włóknik) albo uszypułkowane do pędzli podobne narośle. Po silnym urazie bywają one zazwyczaj napełnione znaczniejszą ilością krwi. Włókienka limfy krzyżują czasem światło torbiela w najrozmaitszych kierunkach, ale zwyczajnie strzępy te limfy układają się warstwowo podobnie do warstw cebuli. W zaniedbanych przypadkach wreszcie limfa ta doznaje przeobrażenia wstecznego, obumiera i cała torebka ropieje (u osób kiłowych). Przytém jest rzeczą prawdopodobną, że torebki maziowe zawierające surowicę wspólniczą ze stawem, podczas gdy zawierające maź stawową stoją w bezpośrednim związku ze stawem. Virchow (*Die krankhaften Geschwülste, Band I*, pag. 205, 206) opisuje również narośle na wewnętrznéj powierzchni ścian torebek maziowych i pochew ścięgnistych jako twory tkanko-łącznowe, które ostatecznie dają początek powstaniu ciałek ryżowych i nazywa takie zmiany w torebkach maziowych *Hygromata prolifera*. Zmiany te, według Virchowa, powstawać mają w skutek częstego zadrażnienia. W postaciach lżejszych zwiększa się tylko wydzielina prawidłowa; po dłuższém działaniu bodźca, po częstszych powrotach spraw zapalnych powstają zmiany proliferacyjne. Włókniaki brodawkowe, wedle Virchowa, także nie należą do rzadszych narośli torebek maziowych.

Porównywając wyżéj przezemnie opisany guz z obrzękami możliwemi téj okolicy, (które z przystępnéj mi literatury przytoczyłem), musimy go uważać jako zwyrodnienie jednéj z torebek maziowych najbliżéj krętarza wielkiego położonych i to prawdopodobnie torebki między *M. glutaeus medius* a krętarzem wielkim usadowionéj; albo też torebki między *M. glutaeus minim.* a krętarzem wielkim umieszczonéj, a mianowicie za *Hygroma proliferum fibromatosum* jednéj z tych torebek. Zmiany te w torebce maziowéj powstały prawdopodobnie w skutek dłużéj trwającego stanu zapalnego (możliwie skutkiem narażenia się choréj na wpływy zimna lub jako następstwo urazu). Do rozpoznania zaś tego uprawnieni jesteśmy obecnością torbiela, lokalizacyją jego, a wreszcie wynikiem badania drobnowidowego, które obok torbiela i przerostu bardzo znacznego ścian tegoż okazuje i zmiany proliferacyjne na wewnętrznej powierzchni torebki. Uderzającém w naszym przypadku jest bardzo znaczne zgrubienie i przerost ścian torbiela, tak, że ściągają na siebie główną uwagę a patrząc na guz spuszcza się mimowolnie z uwagi jamę zawartą w jego głębi w obec nowotworu ścian torby. O przeroście ścian zmienionéj torebki maziowéj do tego stopnia autorowie powyżéj wymienieni nie wspominają a opisane przez Bryanta zgrubienie polegało na złożeniu warstwowém li skrzepłego włóknika z limfy wypełniającéj torbę mazistą. Przerost ten atoli jedynie przypisać należy długiemu trwaniu stanu podrażnienia w naszym przypadku, nie może on zaś bynajmniéj wpłynąć na inne przypuszczenie istoty guza operowanego i sposobu, jako téż punktu jego wyjścia, gdyż badanie drobnowidowe daje nam w tym względzie niezbitą pewność. Jestto więc rzadki przypadek przeobrażenia chorobowego torebki maziowéj około krętarza z niezwykłym przerostem nowotworowym ścian byłéj torebki w utkanie włóknikowe, którém nasz przypadek odróżnia się od wszystkich tego rodzaju, jakie znam. Usprawiedliwi to w zupełności, że podajemy go do szerszéj wiadomości. Dołączyć winniśmy nakoniec uwagę o leczeniu zastosowaném w naszym przypadku, iż mimo rozpoznania niezbyt ścisłego przed operacyją rękoczyn przedsięwzięty był jedynym racyjonalnym środkiem leczniczym, gdyż z powodu właśnie nowotworowego zgrubienia torebki wszelkie zabiegi lecznicze celem rozejścia się jego w skutek zastosowania środków odwodzących i t. p. pozostałyby musiały daremnemi i nie dawały rękojmi powodzenia; operacyja zastosowana była więc zupełnie usprawiedliwioną.

II. Oceny i sprawozdania.

Burkart: O leczeniu ciężkich form macinnicy i niedomogi nerwowéj.

Amerykański lekarz Weir Mitchell podał nową metodę leczenia ciężkich przypadków macinnicy i niedomogi nerwowéj (*neurasthenia)*, metodę mającą na celu we względnie krótkim czasie, bo w ciągu kilku tygodni, polepszyć odżywianie, wzmocnić wszystkie tkaniny ustroju, a w szczególności pierwociny nerwowe, wytworzyć znaczny zasób krwi i tłuszczu i podwyższyć wydatnie ciężar ciała. Leczenie polega na bardzo znaczném powiększeniu dowozu żywności przy zupełnym spokoju umysłowym i fizycznym, podczas gdy równocześnie przez metodyczne mięsienie (*massage*) i faradyzowanie mięśni ciała dopomaga się ustrojowi do przyswojenia sobie spożytych pokarmów i do dalszego zużytkowania tychże na korzyść osłabionych tkanin.

Weir Mitchell wyszedł z założenia, że przybytek tłuszczu jest niemal zawsze oznaką równoczesnego powiększenia się ilości krwi. Wprawdzie niektóre formy niedokrewności zdają się sprzeciwiać temu twierdzeniu, towarzyszy im bowiem otyłość, co zdarza się częściéj u kobiet i dziewcząt, niż u mężczyzn, — a co ważniejsza, że właśnie z tą niedokrewnością i otyłością łączy się nierzadko macinnica i niedomoga nerwowa. Pozorną tę sprzeczność tłumaczy Weir Mitchell między innemi różnicą w jakości nagromadzonego tłuszczu, przywodząc na pamięć powszechnie znane doświadczenie, że przy sztuczném tuczeniu zwierząt jeden pokarm jest w stanie wytworzyć dobry tłuszcz, z innego zaś pożywienia tylko lichy tłuszcz wytwarza się śród zupełnie tych samych stosunków. W obec tego, powiada daléj wspomniany autor, przybytek tłuszczu przemawia tylko wtedy za zdrowiem, jeżeli łączy się równocześnie z powiększeniem ilości i polepszeniem jakości krwi. Niedokrewność zaś istniejąca obok otyłości jest jedną z chorób najtrudniej-

szych do wyleczenia. W tych bowiem przypadkach leczenie musi mieć na celu usunięcie nieprawidłowego tłuszczu przez sprowadzenie odpowiednich warunków życia i wytworzenie w jego miejsce przy pomocy stósownego pożywienia nowego prawidłowego tłuszczu obok powiększenia ilości krwi o dobréj jakości.

Wskazaniom tym czyni zadosyć Weir Mitchell w następujący sposób: Za nieodzowny warunek pomyślnego wyniku leczenia uważa zmianę miejsca, w którém dotychczas przebywała chora i najzupełniejsze oddzielenie choréj od jéj rodziców, krewnych, znajomych, słowem zerwanie z całym światem, a ograniczenie się tylko do towarzystwa lekarza i posłusznéj jéj rozkazom posługaczki, wybranéj przez lekarza. W tym też celu wzbrania się przez większą część czasu leczenia wszelkich odwiedzin choréj ze strony jéj znajomych i ostro zakazuje się wszelkiéj korespondencyi, któréjby przedmiotem było opisywanie sposobu leczenia i jego skutków. Burkart kładzie bardzo silny nacisk na tak skrupulatne odosobnienie choréj, podając że w przypadkach w których uległ prośbie choréj lub jéj rodziców i rozpoczął leczenie w domu choréj bez zmiany jéj otoczenia, nie zdołał osiągnąć najmniejszego polepszenia w stanie choréj, lecz przeciwnie powiększony dowóz pokarmów, mięsienie i elektryzowanie przysporzyły tylko cierpień choréj do tego stopnia, że wkrótce odstąpić musiał od skreślonego planu leczenia. Dla czego odosobnienie jest tak wielkiéj wagi i dla czego jest ono *conditio sine qua non* — zobaczymy późniéj. Posługaczka, która teraz ma zająć miejsce troskliwéj i czułéj matki, siostry lub opiekunki, musi być osobą sympatyczną dla choréj i na tyle rozgarnioną, aby mogła należycie zrozumieć zlecenia lekarza i korzystnie wpływać na umysł choréj. Od wyboru dobréj posługaczki zależy bardzo wiele, gdyż wkradłszy się w zaufanie choréj może ona bardzo korzystnie wspierać wszystkie usiłowania lekarza w niedostrzeżony dla choréj sposób. Dla zabezpieczenia sobie odwrotu najodpowiedniejszą jest rzeczą zapowiedzieć choréj z góry, że jest się każdéj chwili gotowym oddalić posługaczkę, jeżeliby z niéj chora nie była zadowoloną. Poczucie swobody i wolności z jednéj strony a z drugiéj strony ta pewność choréj, że w osobie lekarza posiada niewątpliwie gotowego obrońcę względem posługaczki, przyczynia się nie mało do zawiązania zaraz z początku przyjaznych stosunków między chorą a posługaczką.

Skoro się już przeprowadziło chorą do mieszkania, wskazanego przez lekarza, najstósowniéj do domu w zaciszu się znajdującego lub wyjątkowo do szpitala, wyznacza się choréj zadanie, aby całą swą uwagę i wszelkie wysilenia zwróciła na jak najszybsze powiększenie swego ciężaru ciała. Podczas gdy dotychczasowe leczenie skierowane było głównie do usunięcia tego lub innego poszczególnego cierpienia, nie daje się obecnie żadnego posłuchu dla narzekań choréj na rozmaite bóle i inne przypady, lecz przywodzi się choréj ustawicznie na pamięć, że leczenie jest teraz wyłącznie skierowane ku polepszeniu odżywienia.

Jeść, pić i trawić to są główne zadania choréj przez przeciąg kilku tygodni. Rozumie się samo przez się, że u chorych, które przyzwyczajone były minimalne tylko ilości pokarmów spożywać, nie można zaraz rozpocząć z obfitém podawaniem pokarmów. W tym razie poleca się choréj, aby najprzód co 2 lub 3 godziny wypiła 90—120 cm. sz. mleka; wśród kilku jednak dni podaje się stopniowo coraz więcéj mleka na jednę dawkę, tak że po 4 dniach musi chora spożyć w ciągu doby $1\frac{1}{2}$—2—3 litry mleka mniéj więcéj tak, aby do wypicia $\frac{1}{2}$ litra mleka potrzebowała $\frac{1}{2}$ lub $\frac{3}{4}$ godziny. Korzystną jest rzeczą, aby stósownie do stanu narządu trawienia i odpowiednio do indywidualnego smaku polecić już to mleko prosto od krowy lub zbierane, już też gotowane lub niegotowane, i to ciepłe lub zimne, albo też mleko z dodatkiem kawy, herbaty, soli, cukru, wody wapiennéj albo sody. W ten sposób bowiem można w krótkim czasie usunąć istniejącą niestrawność. W wyjątkowych tylko razach trzeba rozpocząć leczenie od mięsienia różnych mięśni, a dopiero późniéj podawać większe ilości pokarmów.

Zazwyczaj znoszą chore bardzo dobrze stopniowo zwiększany dowóz pokarmów tak, że już od 10go lub 15go dnia leczenia spożywają obfitą ilość pokarmów, jak to wskazuje następujący spis potraw podany przez Burkarta:

O 7 godz. rano $\frac{1}{2}$ litra mleka (do wypicia w ciągu pół godziny).—O 8 godz. rano mała filiżanka kawy ze śmietanką, 80 gramów zimnéj pieczeni, 3 bułki z masłem, talerz smażonych ziemniaków. — O 10 godz. rano: $\frac{1}{3}$ litra mleka z 3 sucharkami.—O 12 godz. w południe: $\frac{1}{2}$ litra mleka.— O 1 godz. po południu: Zupa, 100 grm. pieczeni, 100 grm. kurczęcia, ziemniaki, jarzyna, 125 grm. kompotu ze śliwek, słodka legumina.—O $3\frac{1}{2}$ godz. popołudniu: $\frac{1}{2}$ litra mleka.— O $5\frac{1}{2}$ wieczór: $\frac{1}{3}$ litra mleka, 80 grm. pieczeni, 2 bułki z masłem.—O 8 godz. wieczór: 80 grm. pieczeni, 4 sucharki, $\frac{1}{2}$ litra mleka.—O $9\frac{1}{2}$ godz. wieczór: $\frac{1}{2}$ litra mleka, 2 bułki.

Uwydatnić tu należy ze szczególnym naciskiem tę okoliczność, że ten znaczny zasób pokarmów spożywa i trawi właśnie żołądek, który przedtém zaledwie minimalną ilość pokarmów mógł przyjmować z powodu macicznicy lub niedomogi nerwowéj.

Jak już wspomniano, nie wystarcza sam dowóz żywności, aby zwiększyć ciężar ciała choréj, lecz równocześnie należy ustrojowi dopomagać do strawienia i przyswojenia sobie spożytych pokarmów. W prawidłowych stosunkach przyczynia się w tym kierunku nie mało czynność mięśni, od chorych jednak na macicznicę lub niedomogę nerwową trudno wymagać, aby podejmowali nieco więcéj wytężoną pracę mięśniową, gdyż chore te dotknięte są zazwyczaj porażeniami w zakresie różnych mięśni lub też każdy ruch sprowadza im rozmaite bóle i uciążliwości. Właśnie też z tego powodu bardzo stósowną jest rzeczą zalecić chorym w pierwszych tygodniach leczenia bezwzględny spokój fizyczny i ciągłe leżenie w łóżku. Pracę zaś mięśniową należy zastąpić w sposób sztuczny, mianowicie przez metodyczne mięsienie. Naturalnie, że czas mięsienia zwiększa się codziennie stopniowo i tak z początku wystarcza mięsić 2 razy dziennie po 10 do 15 minut, w ciągu 14 dni przedłuża się jednak mięsienie do $1\frac{1}{2}$ godziny 2 razy na dzień. Mięsienie rozpoczyna się od palców nóg, a następnie gniecie się głównie mięśnie podudzia, uda i bioder; późniéj wałkuje się mięśnie rąk, piersi i łopatek, a wreszcie mięśnie grzbietu i brzucha. Pierwsze mięsienie uskutecznia lekarz sam, jużto dla pouczenia sługi, umyślnie do tego wybranéj, już też z tego względu, aby chora mogła późniéj ocenić, jakiéj siły ma sługa przy mięsieniu używać. Z początku są niemal wszystkie chore bardzo wrażliwe na tę procedurę, lecz bardzo szybko przyzwyczajają się do mięsienia tak, że same domagają się użycia większéj siły przy nacieraniu, zazwyczaj po dobrém mięsieniu następuje u choréj miłe uczucie lekkiego znużenia i słodki spokój.

Dzielnym środkiem, mającym zastąpić czynne ruchy mięśni, jest także faradyzowanie wszystkich mięśni ciała.

Z uwzględnieniem punktów Ziemssena elektryzuje się prądem przerywanym 2 razy dziennie przez 10—20 minut szczególnie mięśnie odnóg, a później mięśnie grzbietu i brzucha.

W drugim lub najpóźniéj trzecim tygodniu takiego leczenia musi już być widocznem polepszenie stanu choréj, a mianowicie znaczne ilości pokarmów spożywanych muszą być już dobrze strawione, chora musi już dobrze znosić mięsienie i elektryzowanie, a co najważniejsza ciężar ciała musi się już wydatnie zwiększyć, a chora powinna się podmiotowo czuć znacznie lepiéj. W przeciwnym razie trzeba dać za wygraną, i odstąpić od zamierzonego planu leczenia. Dla tegotéż najstósowniéj jest zapowiedzieć z początku choréj, że w 2im lub 3im tygodniu rozstrzygnie się, czy od przedsięwziętego leczenia będzie się można spodziewać jéj wyzdrowienia. W ten sposób wywiera się także korzystny wpływ na umysł choréj, gdyż już z początku stara się ona wytężyć całą swą siłę woli w myśl rozpoczętego leczenia.

Jeżeli w 3im tygodniu wystąpią owe pomyślne wspomniane objawy, wtedy można zezwolić choréj na krótki czas opuścić łóżko. W miarę tego, jak chora stopniowo dłuższy czas (godzinę, 2 lub 3) przechadzać się może, skraca się odpowiednio czas mięsienia i faradyzowania. Z powolnem ograniczaniem ilości pokarmów trzeba zwlekać jak najdłużéj. Zazwyczaj w 7ym lub 9ym tygodniu leczenia skłaniają do zmniejszenia ilości pokarmów lekkie zaburzenia w trawieniu i wielki z każdym dniem potęgujący się wstręt do tak znacznéj ilości pokarmów. Co do tego kiedy zezwolić można na odwiedziny choréj i powrót do rodziny, nie można wytyczyć pewnych ścisłych prawideł, lecz należy się stósować do każdego szczegółowego przypadku.

Pozostaje nam jeszcze omówić pokrótce fazy leczenia i wytłumaczyć znaczenie każdego ze wspomnianych czynników leczniczych.

Jak wiadomo macinnica polega na zboczeniu w czynności kory mózgowéj, a więc tego narządu, który kieruje życiem umysłowem i który jest siedzibą woli. Z tego punktu zapatrywania musimy macinnicę zaliczyć do chorób psychicznych a określić ją można jako niedowład lub porażenie woli. W korze mózgowéj zmian anatomicznych wprawdzie nie znajdujemy, ale mamy wszelką podstawę do stwierdzenia, że macinnica polega na zboczeniu czynnościowem, na osłabieniu komórek zwojowych, znajdujących się w korze. Podstawę zaś tego osłabienia stanowi zmiana w jakości i ilości krwi.

Mając to na pamięci łatwo ocenić możemy znaczenie metody leczenia podanéj przez Weir Mitchella. Wprawdzie nie mieści ona w sobie w gruncie rzeczy wiele nowego, lecz jest tak szczęśliwem skombinowaniem wszystkich czynników tak psychicznych jak i somatycznych, że nie pozostawia w tym względzie nic więcéj do życzenia.

I tak pierwszym z owych czynników, rzec można, najefektowniejszym jest zupełne odosobnienie choréj, a zatem wyrwanie i wyswobodzenie choréj z tych wszystkich stosunków szkodliwych, które sprowadziły i podtrzymywały ustawicznie jéj chorobliwy stan woli. Dotychczas żyła chora w otoczeniu, które nabrawszy przekonania, że narzekania i dolegliwości jéj są rzeczywiście ugruntowane, podtrzymywało jéj błędne pojęcia, a obawiając się wyzwać jéj wolę na pole otwartéj walki, przez stawienie oporu błędnym pojęciom choréj przyczyniało się coraz więcéj do uśpienia jéj woli i stopniowego pogarszania jéj stanu chorobliwego. Teraz zaś, gdy nie ma ani troskliwéj matki, ani czułego męża itp., którzyby za chorą myśleli i wyręczali jéj wolę, musi chora sama obudzić swą wolę z tego długotrwałego uśpienia próżniaczego i w ten sposób pozostawiona własnym siłom musi powoli uczyć się wzmacniać swą wolę.

Drugim ważnym czynnikiem jest obfite i częste wprowadzania potraw do przewodu pokarmowego. Jego cel jest podwójny. Najprzód psychiczny, chora bowiem musi się zdobyć na cały zasób swéj woli, aby mimo zwyczaju spożywała ogromne ilości potraw, iżby swą uwagę odwróciła od różnych bólów i dolegliwości, następnie ma czynnik ten na celu polepszenie istotne stosunków odżywienia, aby w drodze pośredniéj wzmocnić komórki zwojowe znajdujące się w korze mózgowéj. Nadto zmuszenie żołądka do ciągłego niemal trawienia jest znakomitym środkiem do sprowadzenia spokoju umysłowego w pierwszych tygodniach, jak wiadomo bowiem w czasie trawienia zmniejsza się pobudliwość mózgu na jakiś czas, tém więcéj się jednak później potęguje, im większy zasób sił nagromadził się w chwili spoczynku w komórkach nerwowych.

Trzeci czynnik, tj. mięsienie i faradyzowanie, ma jak już wspomniano, zastąpić czynność mięśni nieodzowną do należytego przyswojenia ustrojowi spożytych pokarmów. (*Sammlung klinisch. Vorträge* Nr. 245). *Dr. Prus.*

III. Sekcyja okulistyczna na Kongresie międzynarodowym lekarskim w Kopenhadze 1884 r.

Sprawozdanie **Dra B. Wicherkiewicza.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 51.)

Fritthiof Holmgren z Upsali, sympatycznie bardzo powitany, mówi o czuciu barw a pracę swoją dzieli na dwie części:

I. W pierwszéj zadaje sobie pytanie, jak się barwy widzi, czyli jakie są własności wrażeń barwnych. Pytanie to było tylko w części rozwiązane i to ze stanowiska prawidłowego czucia barw, a tylko na drodze pośredniéj zrobiono wnioski, dotyczące innych rodzai czucia barwnego. Mówiąc o podziale rozmaitych rodzai nieczułości na barwy, Holmgren przyjmuje nową zasadę podziału i znamionuje różnice przez siebie spostrzeżone pomiędzy nieczułością prawdziwą (środkową) a złudną (obwodową). Przez ścisłe badania sześciu przypadków jednostronnéj nieczułości barwnéj oznaczył barwne wrażenia wszystkich znanych rodzai. Widma ich przedstawił w stosunku do widma prawidłowego na tablicy olejno malowanéj i sądzi, że ten sposób przedstawienia może jedynie wystarczająco dać przedmiotowe wyobrażenie o podmiotowych wrażeniach barwnych. Holmgren opisał poprzednio dwa takie widma, a mianowicie: widmo nieczułe na czerwoną barwę, a drugie na fijołkową, przyczém zwrócił uwagę na trzy okoliczności mianowicie na: 1) Długość. Skrócenie na krańcu czerwonym u nieczułego na czerwoną barwę (aż do B.), na krańcu fijołkowym u nieczułego na fijołkową barwę (aż do G). Inne widma nie są skrócone. 2) Jakość barw głównych. Dwie barwy główne u nieczułego na barwę czerwoną, na żółtą i niebieską a raczéj żółto-zieloną i niebiesko-fijołkową. U nieczułego na zieloną barwę, czerwono-pomarańczową i niebiesko-sinkową. U nieczułego na fijołkową główne barwy są: czerwona i zielona. U nieczułego na wszystkie barwy, dwie są główne, a mianowicie: szarociepła i szarozimna. 3) Położenie

granic pomiędzy głównemi barwami. U czerwono nieczułego widać najlepiéj różnicę w okolicy F, u zielono nieczułego nieco bliżéj C, stawiając równocześnie przed to samo słoneczne widmo przedmiotowe nieczułego na czerwoną i zieloną barwę. Dla nieczułego na fijołkową granica położona jest poza D ku żółto-zielonéj barwie. U nieczułego na wszystkie barwy znajduje się ona w sąsiedztwie F. Opierając się na spostrzeżeniach czynnych wiedzieć będziemy, jak nieczuli wszelkiego rodzaju widzą barwy. Prawidłowe czucie barw zawiera w sobie wszystkie wrażenia innych rodzai czucia barwnego i przedstawia niejako w obec nich okres znakomitszego rozwoju i wykształcenia. To uprawnia do dwóch innych sposobów kontroli. 1. Kontrola takiemi częściami naszego własnego pola widzenia, które na barwy są nieczułe. Wiemy, że w pasie średnim widzimy tylko żółtą i niebieską barwę, w samym zaś obwodzie tylko szarą a od dawna wystawiano sobie pierwszy pas jako nieczuły na czerwoną, a ostatni na wszelką barwę. Holmgren to co dawniéj przypuszczał, jest obecnie w możności wykazać, a mianowicie, że w częściach obwodowych pasa średniego posiadamy te same wrażenia, które mają nieczuli na czerwoną barwę w środkowém polu widzenia, i że w pasie obwodowym przedstawiają nam się barwy zupełnie tak samo jak nieczułym na wszystkie barwy. Dowód znajdujemy w przedmiotowém przedstawieniu barw, dochodząc doń w następujący sposób: W miejscach perimetru odpowiadających pasowi średniemu przytwierdza się barwę i szuka się odpowiedniéj barwy dla środka pola widzenia. Barwa, którą wtenczas dobierzemy, jest ścisłym objawem naszego czucia w pasie średnim, a wynik osiągnięty opowiada powyższemu przypuszczeniu Holmgrena. Przytém trzeba dodać, że te same przejścia wrażenia czyli pojmowania, które zachodzą z obwodu ku środkowi pola widzenia, mają miejsce także i w sąsiedztwie żółtéj plamy, ale pasy te są węższe, co jest niemałéj wagi dla teoryi ze względu na to, iż przejścia te stoją w stosunku do mniejszéj obfitości pierwiastków czułych. 2. Kontrola za pomocą sztucznéj jednostronnéj nieczułości tak prawdziwéj jakoteż złudnéj. Pierwszą wywołać możemy przez światło widmowe, drugą przez szkła. Przy badaniu jednostronnéj nieczułości można zastosować dwie metody: *a)* za pomocą stereoskopu albo przyrządów, które rozłączają pola widzenia, *b)* za pomocą obrazów następnych negatywnych.

II. Jakie są barwy pojedyńcze czyli główne? W dotychczasowych badaniach barw głównych uwzględniano zawsze całą siatkówkę albo przynajmniéj jéj części. Przedmioty barwne były takich rozmiarów, że obrazy ich pokrywały znaczną ilość siatkówkowych pierwiastków wrażliwych, w skutek czego przez podrażnienie rozlicznych pierwiastków powstały mięszane barwy. Dla tego téż oznaczenie barw głównych było dowolne, przyjmowano ich 5, 4, 3, z których ostatnia liczba była podstawą teoryi Young-Helmholza. Barwy główne, czyli fundamentalne, powinny być oznaczone drogą doświadczenia, przyczém wypada pobudzić pierwiastki siatkówkowe, odrębnie jedne po drugich. W tym celu można tylko użyć jak najmniejszych przedmiotów barwnych (a chcąc obrazy tych przedmiotów na siatkówce powstałe widzieć, użyć trzeba teleskopu). Holmgren posługuje się w tym celu jak najmniejszemi otworkami w cienkiéj metalicznéj płycie, poza którą znajduje się płyta szkła mlecznego, które daje się jakiémkolwiek światłem oświecić. Autor przyznaje, że badanie takie jest trudne i nużące, a tylko wprawa i doświadczenie mogą tutaj przyjść w pomoc. Doświadczenia Holmgrena doprowadziły do następujących wyników: Jeżeli punkt pierwiastkowy był wszędzie widziany w téj saméj barwie, natenczas barwa ta jest zasadniczą czyli główną; jeżeli zaś punkt ten przedstawił się w jednêm miejscu w takiéj barwie, w innêm zaś w odmiennéj, natenczas barwa taka jest mięszaną, a z doświadczeń wypływa przedewszystkiém, że żółta i niebieska barwa są mięszane, podczas gdy czerwona, zielona i fijołkowa, okazały się być pierwiastkowemi barwami. Skoro mały otwór w płycie ustawimy na żółtéj barwie widma, natenczas stosownie do okoliczności widzi go się niby to czerwony, niby zielony. W ten sam sposób można rozłożyć niebieską barwę na zieloną i fijołkową. Dodać wypada, że punkt czerwony wydaje się być większym i więcéj żółtym w pobliżu środka żółtéj plamy, podczas gdy w obwodzie ostatniéj przedstawia się mniejszym i więcéj czerwonym. Odwrotnie ma się rzecz z barwą fijołkową, która w obwodzie wydaje się być większą. Zresztą autor przyrzekając dać bliższe objaśnienie i rozszerzenie przedmiotu przy najbliższéj sposobności, kończy swój piękny wykład uwagą, że wszystkie poszukiwania za pomocą najmniejszych punktów czynione były w obrębie żółtéj plamy.

Haenel z Drezna mniema, że doświadczenie, jakie zrobił jadąc do Kopenhagi, mogłoby wytłumaczyć, dla czego nadzwyczaj mały punkt żółty nie przedstawia się żółtym, ale czerwonym lub zielonym. Płynąc przy pogodném powietrzu i spokojném morzu statkiem patrzał na słońce zachodzące, które przedstawiało się w ostatniéj chwili jako bardzo mała tarcza, a właśnie kiedy rzucało ostatni promień przed zajściem, tarcza ta przedstawiła się zieloną, aby potém natychmiast zniknąć. — Samelsohn pyta się Holmgrena, czy podziela zapatrywanie Landolta, że względna nieczułość na barwy w obwodzie zależną jest tylko od siły światła? co też Holmgren potwierdza. — Wolffberg z Erlangi badał kilka tysięcy uczni w Erlandze i przekonał się, że przy wrodzonéj nieczułości na barwy żadne inne nieprawidłowości nie zachodzą. Słabość czułości barwnéj tylko zboczeniem funkcyi wywołaną być może, w żaden zaś sposób nie wypada jéj podporządkować wrodzonéj nieczułości. Ostatnia odznacza się tém, że niektóre wrażenia kolorowe nie dopisują, podczas gdy inne władze oka są prawidłowe. Wolffberg zgadza się na myśl Holmgrena rozróżniania środkowéj nieczułości i złudnéj. Pierwszą można oznaczyć jakościowo, ostatnią tylko ilościowo. Ilościowo można czucie barw jedynie oznaczyć, badając czucie światła, którego nieprawidłowości sprawiać mogą nieczułość na barwy. Hansen proponuje w imieniu Jeffriego, ażeby kongres potwierdził uchwałę kongresu londyńskiego dotyczącą badania majtków itd., na co sekcyja okulistyczna odpowiada, że nie może się do tego zastosować, ponieważ nie ma jedności zapatrywań.

Dwunaste posiedzenie 16 sierpnia popołudniu.

Przewodniczy Noyes i udziela głosu Dr. Nieden z Bochum, który mówi o galwanokaustyce w lecznictwie ocznem. Żegadła galwaniczne stosuje Nieden przeważnie w cierpieniach spojówki i rogówki, o ile przyczyną ich jest grzybica, (jaglica, *xerosis* spojówki, wrzód żrący i skrofuliczny, jakoteż rąbkowy wrzód rogówki). Odwietrzając w znakomity sposób ułatwia galwanokaustyka gojenie się, co się natychmiast po operacyi objawia (ciecz przedniéj komórki staje się więcéj czystą, źrenica rozszerza się, a ropa przedniéj komórki znika), a w znacznéj części przypadków zastępuje keratotomiję. W razie potrzeby żarzący drut może

sprowadzić otwarcie przedniéj komórki i to przez spód wrzodu. Doświadczenie autora odnosi się do 100 przypadków wrzodów; pomiędzy 83 ciężkiemi wrzodami rogówkowemi miał 3 żrące. W 82 przypadkach jednorazowy rękoczyn wystarczył, w 12 rękoczyn ten musiał być raz, w 6 zaś 3—6 razy powtórzonym, zanim sprawa chorobowa ustąpiła. Galwanokaustyką sprowadzić można wyzdrowienie w czasie o połowę krótszym od tego, jakiego wymagałby jakikolwiek inny rękoczyn, a zaćmienia są przytém i pozostają daleko słabsze. Autor nie stracił ani jednego oka w skutek zaniku. Leczenie trwało średnio 13½ dnia.

Schmidt-Rimpler nie jest tak bezwzględnym zwolennikiem rozpalonego żelaza, nie widzi zresztą różnicy, jakaby mogła wyniknąć ze zastosowania galwanokauteru lub żelaza rozpalonego. Galwanokauter oprócz tego ma tę niekorzyść, że po dotknięciu wrzodu nie traci swego żaru i w skutek poruszeń oka łatwo je w sposób niepożądany poparzyć może. Przy leczeniu wrzodu żrącego najlepszym wydaje mu się jodoform i ciepła wilgoć przeciwgnilna, a odkąd sposobów tych używa, rzadko kiedy zniewolony jest uciec się do operacyi Saemischa, której zresztą przyznaje właściwą doniosłość.

Wicherkiewicz od wielu lat stosuje galwanokaustykę. W ogólności wyniki osiągnięte zadawalają go, a umyślnie kazał sobie sporządzić, stosownie do potrzeb, galwanokautery płaskie rozmaitych objętości i cienkie. Pierwszych używa, jeżeli cały spód wrzodu jest nacieczony, ostatnich zaś wtenczas tylko, gdy chodzi o nasięk brzegów. Mimo widocznych korzyści galwanokaustyki, sądzi, że ona nie we wszystkich przypadkach zastąpić może operacyję Saemischa, mianowicie nie może jéj zastąpić wtenczas, jeżeli obok wrzodu znajduje się w przedniéj komórce wysięk ropiastowłóknisty. Zwyczajne przekłucie galwanokaustyczną igłą, tak jak to Nieden zaleca, nie jest w stanie usunąć tego rodzaju wysięków. Skoro zaś wysięk przez keratotomiję z przedniéj komórki usuniętym został, można następnie ostrożnie nacieczoną rogówkę z korzyścią przyżegać. Co do stosowania galwanokaustyki w jaglicy, to W. uważa postępowanie to z własnych doświadczeń za trudne, bolesne i mało skuteczne. W żadnym razie nie zastąpi ono postępowania, jakiém się W. posługuje, wyciskując pomiędzy paznogciami zawartość ziarn jaglicowych. Także i przeciw dwurzędowości W. nie stosuje galwanokaustyki, gdyż odpowiedni inny rękoczyn trwale usunąć może to cierpienie, podczas gdy galwanokaustyka częściéj musi być powtarzaną, często nie dopisuje, a nadto, gdy śmieléj zastosowana, daje powód przez następne skurczenie tkanki do wzrostu rzęsów.

Samelsohn jest zwolennikiem metody przez Niedena poleconéj przy wrzodach pełzających, jeżeli spód pozostał przeźroczystym. Skoro zaś wrzód zagłębia się, wypada z tém postępowaniem połączyć operacyję Saemischa lub nakłucie rogówki.

Na tém zakończyły się rozprawy naukowe, a zebrani koledzy przypatrywali się jeszcze kilku ciekawym okazom. I tak:

1. Juler z Londynu pokazywał sztuczne oko Frosta i perimeter samoznaczący Mc. Hardyego z Londynu.

2. M. Hannower z Kopenhagi przecięcia ócz noworodków, u których pomiędzy twardówką a naczyniówką istnieje jakaś istota gąbczasta.

3. Waldauer przedkłada nożyk do operacyi wrostu rzęsów i to do odpreparowania płata skórnego.

4. Melckens z Kopenhagi okazuje swego pomysłu przyrząd do odkrycia udanéj ślepoty jednostronnéj (przyrząd ten opisany w *Virchows* i *Hirschs Jahresbericht)*.

5. Webster Fox z Filadelfii przedkłada próby maści borogliceryn owéj używanéj w Ameryce jako środek przeciwgnilny, a sporządzony przez rozgrzanie 62 części kwasu borowego z 92 częściami gliceryny. Fox zachwala środek ten przy wrzodach rogówki, zapaleniu jaglicowém rogówki z dodatkiem atropinu lub siarczanu koprowiny, w rzeżączce noworodków itd.

6. Ole Bull objaśnia bardzo ładny akwarelowy atlas widoków wziernikowych przez siebie sporządzony, a przedstawiający rozliczne choroby dna oka.

W końcu Noyes dziękuje za trzykrotne powołanie go na krzesło przewodniczącego wyrażając nadzieję, że za 3 lata w Waszyngtonie będzie miał sposobność wywzajemnić się za gościnne podejmowanie, a Hansen Grut zamyka posiedzenie sekcyi okulistycznéj stosownėm przemówieniem.

IV. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Rzeszów Stan chorób nagminnych w listopadzie 1884. 1. Koklusz. Z końcem października w 7 gminach (ludność 8110) pozostało chorych 169. W tych jakotéż w 2 innych gminach (w 9 gminach ludność 9402) przybyło w listopadzie 203 chorych. Na ogólną liczbę 372 wyzdrowiało 228, umarło 14, pozostało z końcem miesiąca w leczeniu 130 chorych. Krztusiec utrzymuje się koło miasteczek Niebylca, Czudca i Tyczyna. 2. Odra. W dwu gminach (Baryczka i Połomyja o ludności 1878). Do pozostałych z października 9 chorych przybyło w listopadzie 35. Z 44 chorych wyzdrowiało 30, umarło 14. Śmiertelność znaczna z powodu niestosownego zachowania się chorych. 3. Dur brzuszny w Woli rafałowskiéj (ludność 788). Z ubiegłego miesiąca pozostało 9, w listopadzie przybyło 2 chorych. Wszyscy wyzdrowieli. 4. Płonica w Łące (ludność 1387). Na 18 chorych umarło 3, zostaje w leczeniu 15. Z chorób zwierząt: 1. Świerzb koni w Lutoryżu. Z pozostałych z października 3 chorych koni, wszystkie wyleczono. 2. Wąglik u bydła w Jaworniku niebyleckim. W 6 zagrodach (21 sztuk bydła) zachorowało 7, wyzdrowiało 2, padło 5 sztuk. W wypadku tym uderzała niezwykłość przypadków, gdyż choroba lokalizowała się tylko na nogach w postaci odymki podskórnéj, u bydła młodego i zdrowego, przez co choroba przedstawiała przypady zbliżone do zarazy wąglikowéj alpejskiéj t. zw. *Rauschender Brand*) Niepojawiły się nowe przypadki wścieklizny u zwierząt, a ludzie pokąsani przez psów wściekłych dotąd są zdrowi. W samym Rzeszowie prócz sporadycznych przypadków zapalenia płuc o przebiegu szybkim i złośliwym stan zdrowia dobry.

Dr. J. Barzycki.

Podhajce w listopadzie. Krztusiec wygasł w Złotnikach, w Iszczkowie, powtórnie zaś pojawił się w Uwsiu, gdzie obecnie stał się o wiele złośliwszym niż w czasie swego pierwszego wybuchu i tak gdy we wrześniu i październiku na 65 chorych zmarło 7, to obecnie w 14 dniach na 42 zmarło już 9. Najczęstszém a zarazem śmiertelném powikłaniem krztuśca jest dławiec, który prócz tego w ostatnich tygodniach jako choroba samoistna tak często się pojawiał, iż jest się niemal pokuszonym wierzyć w jego charakter nagminny. Prócz powyższych nie ma zresztą w powiecie żadnych chorób epidemicznych. Z chorób stadnych pojawił się w 3ch miejscowościach t. j. w Uwsiu, Hołhoczach i Michałówce sporadyczny wąglik bydła rogatego.

Dr. Dzikowski.

Husiatyn. W listopadzie panowała nagminnie odra, w Nieborgu starym, Trybuchowcach, Samołuskowcach, Horodnicy, Postołówce, Rakowkowie, Żabińcach, Kociubińcach, Chłopówce i Uwiśle; w gminach tych z 12.621 mieszkańców zachorowało 560, zmarło 37. Krztusiec sprawdzono w jednéj gminie Wasylkowcach (ludność 1967), na 33 chorych zmarło 7 w skutek chorób następowych wynikłych z przeziębienia.

Dr. L. Zminkowski

Myślenice d. 30 listopada 1884. Stan zdrowia w ubiegłym miesiącu bardzo pomyślny; prócz duru plamistego i płonicy w Spytkowicach nie było w całym powiecie zakaźnéj choroby. Dur plamisty w Spytkowicach z dniem 24 listopada 1884 r. wygasł, zachorowało ogółem przy ludności 1992 38 osób, ozdrowiało 33, umarło 5 osób. W téj samej miejscowości i niemal w tych samych domach obok duru okazała się płonica, na którą zachorowało dotychczas 32 osób, wyzdrowiało 17, umarło 3.

Dr. Czyżewicz.

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 23 grudnia. Z powodu Świąt uroczystych ostatni numer tygodnika naszego wychodzi wcześniéj. Szan. współpracownikom i abonentom zasyłamy serdeczne podziękowanie za skuteczne poparcie Przegl. Lek. w roku dobiegającym. Nr. 1szy wyjdzie w sobotę d. 3 stycznia.

* Ponieważ sprawozdania z epidemij i epizoocyj w kraju, które w skutek inicyjatywy kol. Obtułowicza zaczęliśmy podawać w Przegl. Lek., jakkolwiek pożądane, nie okazały się praktycznemi, a to tylko z tego powodu, że gdy kilku zaledwie kolegów, urząd publiczny w służbie zdrowia piastujących, poszło za przykładem wnioskodawcy, przesyłając nam co miesiąc sprawozdania ze swych powiatów, sprawozdania te pozostały luźnemi, do małego obszaru kraju odnoszącemi się, a têm samêm nie mogły przedstawiać obrazu chorób pospólnych i stadnych w kraju całym pojawiających się. Komisyja redakcyjna, pragnąc, aby myśl, podana przez kol. Obtułowicza, w całości urzeczywistnioną została, udała się do kol. Merunowicza z prośbą, aby kwartalnie lub miesięcznie zdawał sprawę w tygodniku naszym z ruchu tych chorób w kraju całym, a gdy kol. Merunowicz wezwaniu temu chętnie uczynił zadość, będziemy w stanie począwszy od Nowego roku podawać regularnie co miesiąc obraz ruchu opidemij i epizoocyj w całéj Galicyi.

* **Mianowania**. Docent prywatny Dr. Wernich w Berlinie mianowany został radzcą rządowym i lekarskim w Koslinie. — Dr. J. Czarda potwierdzony został jako docent chorób usznych i nosowych w Wydziale lek. czeskim w Pradze.

* **Wiadomości osobowe**. Stopnie doktorów w. nauk lekarskich otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Franciszek Gąsiorek z Gawłówka i Zygmunt Smolarski z Oświęcimia. — W Uniw. warszawskim otrzymali stopnie lekarzy pp. Ludwik Rabek i Aleksander Waldenberg.

* **Nekrologija**. W Proszowicach umarł Dr. Leon Rosenzweig, krakowianin i syn znanego dawniéj praktyka krakowskiego, licząc lat 59.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 51: Ausländera: O masażu czyli mięsieniu jako metodzie leczniczéj; Krokiewicza: O niektórych nowszych lekach polecanych przeciw chorobom wewnętrznym (dok.); — w *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 51 poświęcony jubileuszowi prof. Hoyera, zawiera życiorys jego pióra Matlakowskiego i rzecz o nowym mikrotomie do dużych skrawków przez prof. Weigerta z Lipska.

Redakcyja otrzymała.

Dr. Karol SZADEK (w Kijowie): *Perwicznyie sifiliticzeskie sklerozy ziewa.* (Pierwotne kiłowe stwardnienia migdałków). Kijów 1884, in 8vo str. 41.

Piśmiennictwo lekarskie. BESSER L. Experim. Beitrag zur Kenntniss d. Ruhr. gr. 8. Dorpat, Schnackenburg. M. 1.20.

BIELSKI St. Ueber reine Halluciationen im Gebiete des Gesichtssinnes im Dunkelzimmer der Augenkranken. gr. 8. Dorpat, Schnackenburg. M. — 90.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcl a.